

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1901

THÈSE

N°

211

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 20 Février 1901

Par JACOMET (ALBERT)

Né à Tarbes, le 11 avril 1872

ANCIEN INTERNE EN MÉDECINE ET CHIRURGIE DES HÔPITAUX DE PARIS

MÉDAILLE DE BRONZE DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE

CHOLÉCYSTOTOMIE IDÉALE

AVEC OU SANS

CHOLÉCYSTECTOMIE PARTIELLE

Président : M. TILLAUX, Professeur.

Juges : MM. PINARD, Professeur.

RÉMY,

VARNIER,

} *Agrégés.*

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAUVIGNE, 2

1901

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1901

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 20 Février 1901

Par JACOMET (ALBERT)

Né à Tarbes, le 11 avril 1872

ANCIEN INTERNE EN MÉDECINE ET CHIRURGIE DES HÔPITAUX DE PARIS
MÉDAILLE DE BRONZE DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE

CHOLÉCYSTOTOMIE IDÉALE

AVEC OU SANS

CHOLÉCYSTECTOMIE PARTIELLE

Président : M. TILLAUX, Professeur.

Juges : MM. PINARD, Professeur.

RÉMY,

VARNIER,

} *Agrégés.*

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1901

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M.	BROUARDEL.
Professeurs	MM.	
Anatomie.....		FARABEUF.
Physiologie.....		Ch. RICHET.
Physique médicale.....		GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....		GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....		BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.....		BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	}	DEBOVE.
		HUTINEL.
Pathologie chirurgicale.....		LANNELONGUE.
Anatomie pathologique.....		CORNIL.
Histologie.....		MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils.....		BERGER.
Pharmacologie et matière médicale.....		POUCHET.
Thérapeutique.....		LANDOUZY.
Hygiène.....		PROUST.
Médecine légale.....		BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....		BRISAUD.
Pathologie comparée et expérimentale.....		CHANTEMESSE.
Clinique médicale.....	}	JACCOUD.
		HAYEM.
Clinique des maladies des enfants.....		DIEULAFOY.
Clinique des maladies syphilitiques.....		GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale..		FOURNIER.
Clinique des maladies nerveuses.....		JOFFROY.
		RAYMOND.
Clinique chirurgicale.....	}	DUPLAY.
		LE DENTU.
Clinique ophtalmologique.....		TILLAUX.
Clinique des voies urinaires.....		TERRIER.
Clinique d'accouchements.....	}	PANAS.
		GUYON.
		PINARD.
		BUDIN.

Agrégés en exercice

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD.	DESGREZ.	LEJARS.	THIERY.
ALBARRAN.	DUPRE.	LEPAGE.	THIROLOIX.
ANDRE.	FAURE.	MARFAN.	THOINOT.
BONNAIRE.	GAUCHER.	MAUCLAIRE.	VAQUEZ.
BROCA (Aug.).	GILLES DE LA TOURETTE	MENETRIER.	VARNIER.
BROCA (ANDRÉ).	HARTMANN.	MERY.	WALLICH.
CHARRIN.	LANGLOIS.	ROGER.	WALTHER.
CHASSEVANT.	LAUNOIS.	SEBILEAU.	WIDAL.
Pierre DELBET.	LEGUEU.	TEISSIER.	WURTZ.

Chef des travaux anatomiques : M. RIEFFEL.

Le Secrétaire de la Faculté ; PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ou improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE BIEN-AIMÉE

A MON ONCLE

MEIS ET AMICIS

A M. le D^r SCHWARTZ

CHIRURGIEN DE L'HÔPITAL COCHIN

AGRÉGÉ DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A M. le D^r TILLAX

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE A LA FACULTÉ

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

COMMANDEUR DE LA LÉGION D'HONNEUR

AVANT-PROPOS

C'est dans le service de M. le Dr Schwartz que nous avons choisi notre sujet de thèse. Il a pratiqué durant les deux années d'internat que nous avons eu l'honneur de passer dans son service un certain nombre de cholécystotomies idéales dont il a bien voulu nous permettre de publier ici les observations. Elles font la base de ce travail.

Qu'il nous permette de lui adresser l'expression de notre entière gratitude pour la grande initiative qu'il nous a laissée dans son beau service de l'Hôpital Cochin, pour la confiance dont il nous a honoré et pour toutes les marques particulières de sympathie et d'affection qu'il n'a cessé de nous prodiguer un seul instant.

Nous lui dédions cette thèse qui clôture nos études médicales, comme une expression bien faible de la grande reconnaissance que nous avons pour lui.

Nos autres maîtres dans les hôpitaux ont droit à tous nos remerciements pour les bienveillants conseils et les leçons qu'ils nous ont donnés sans cesse.

Ce sont : MM. Humbert, Talamon, Richelot chez lesquels nous avons commencé nos études comme élève bénévole.

M. Muselier dont nous avons été l'externe à l'hôpital de la Pitié.

M. le professeur Debove dont, pendant près de deux ans, nous avons suivi comme externe à l'hôpital Audral, les visites et les leçons du matin.

M. Gérard Marchant chez lequel nous passâmes notre dernière année d'externat. Ce fut notre premier maître en chirurgie. Son affection nous est particulièrement précieuse.

Nous fûmes, pendant quelques mois seulement, à notre grand regret, interne dans le service d'enfants du Dr Bourneville et nous eûmes la chance peu commune de devenir, dès notre première année d'internat, l'élève de M. Ricard.

Notre quatrième année d'internat s'est écoulée dans le magnifique service de gynécologie et d'accouchements de M. Pozzi, à l'hôpital Broca.

Durant nos études nous avons rencontré encore à côté de nos chefs, de véritables amis, des maîtres également, auxquels nous tenons à dire merci. Qu'ils sachent combien notre dévouement leur est acquis ! Ce sont MM. Achard, Legueu, Rieffel, Riche, Launay, Savariaud et Jayle.

Enfin, nous sommes heureux de remercier M. le professeur Tillaux de l'honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de notre thèse.

INTRODUCTION

La cholécystotomie idéale ou cholécystendyse est une opération qui consiste à ouvrir la vésicule biliaire, à y pratiquer les manœuvres nécessaires, par exemple en extraire le contenu, et à la refermer par des sutures en l'abandonnant dans l'abdomen. Cette opération peut ou non s'accompagner de résection partielle des parois de la vésicule sans changer de caractère.

Elle est jugée très dangereuse et même complètement rejetée par la plupart des chirurgiens qui lui préfèrent, les uns la cholécystectomie, les autres la cholécystostomie. Et cependant, chose curieuse, les résultats qu'a donnés cette opération idéale sont loins d'être mauvais. Les statistiques sont même fort rassurantes et les cas que nous avons eu l'occasion d'observer dans le service de notre maître M. Schwartz, à Cochin, nous ont engagé à faire de l'étude de cette opération, le sujet de notre thèse. Les critiques formulées par Lawson-Tait, critiques violentes et certainement exagérées, étaient justes en partie cependant à une époque où le manuel opératoire des interventions sur les voies biliaires était mal réglé et à l'état embryonnaire. A l'heure actuelle, il est permis d'avoir une opinion plus favorable sur cette opération, de la considérer comme rationnelle et peu dangereuse *dans un certain nombre de cas, il est vrai restreint et il*

est bon, croyons-nous, de la réhabiliter en spécifiant bien nettement ses indications précises qui se rencontrent encore assez souvent, nous le verrons, dans la pratique chirurgicale, elle a droit à occuper un meilleur rang dans la série des opérations sur les voies biliaires. Elle donne, en effet, des résultats remarquables lorsqu'on la pratique à bon escient, maintenant surtout que l'art des sutures s'est perfectionné au point de donner la sécurité presque absolue.

La lithiase vésiculaire est une affection excessivement fréquente, qu'elle évolue seule ou qu'elle s'accompagne de lithiase des voies biliaires principales. C'est évidemment dans le premier cas que nous trouvons surtout les indications de l'opération idéale et le cas typique est constitué par la présence d'un ou de plusieurs calculs vésiculaires donnant naissance à des crises parfois très douloureuses, sans obstruction du cholédoque et sans infection notable de la vésicule.

Ne referme-t-on pas la vessie après en avoir extrait des calculs par la voie sus-pubienne lorsque l'urèthre est perméable et que l'état du contenu et des parois vésicales montre que l'infection n'y a pas causé de dégâts suffisants pour faire une cystostomie? La conséquence d'une cystostomie faite en l'absence d'infection serait certainement l'apparition d'une cystite malgré tous les soins et toute l'antisepsie des pansements consécutifs.

Dans la taille hypogastrique, il est vrai, on n'ouvre pas le péritoine, mais s'il s'agissait de corps étranger, de l'estomac par exemple, on n'hésiterait pas à pratiquer la fermeture de ce viscère après la gastrotomie; de même, comme le dit notre maître, M. Schwartz, « nous ne

croions pas qu'on ait songé à rejeter l'entérectomie suivie d'entérorrhaphie et à lui préférer l'anus artificiel parce que de temps à autre une entérectomie défectueuse a été suivie d'accidents graves et même mortels ». Ce raisonnement doit s'appliquer à la vésicule. Il est vrai qu'ici il est plus difficile de s'assurer de la perméabilité des voies efférentes et même de l'absence d'infection que dans les autres termes de la comparaison : nous verrons pourtant qu'on peut y arriver.

A quoi bon, peut-on objecter, faire courir un risque sérieux au malade et pratiquer la cholécystendyse si dangereuse lorsque la cholécystostomie est une intervention sûre et dont les suites sont simples ?

Voici les objections que l'on trouve dans les livres les plus classiques contemporains.

Dans la 2^e édition du *Traité de Chirurgie*, de Duplay et Reclus, sous la signature de M. P. Segond (1), nous trouvons l'appréciation suivante de l'opération que nous défendons ici, tout en lui réservant, qu'on ne l'oublie pas, une place limitée :

« La cholécystotomie idéale a donné 13 guérisons à Heusner, la statistique dressée par Courvoisier est rassurante ; les succès obtenus par Czerny, Socin, Roux de Lausanne, Chaput, méritent considération. Néanmoins et sans souscrire aux idées peut-être trop arrêtées de Lawson Tait, il est bien certain que la cholécystotomie idéale est une opération dangereuse. La friabilité des parois vésiculaires, la rétention post-opératoire que provoquent si souvent soit l'obstruction calculuse, soit un

(1) *Traité* DUPLAY et RECLUS, 2^e édit., t. VI, p. 1101.

simple spasme du cholédoque, sont autant de circonstances qui font éclater les sutures et tuent les opérés par péritonite septique. La lecture des faits publiés ne laisse aucun doute à cet égard. Contrairement à ce qui se passe pour la cholécystostomie, la mort est presque toujours imputable à l'acte opératoire. Sans compter que l'absence de fistule classée parmi les avantages de l'opération ne prouve pas grand chose. En effet, de deux choses l'une, le canal cholédocystique est libre ou ne l'est pas. Or, si la circulation de la bile jusqu'à l'intestin rencontre le moindre obstacle, l'opération idéale est détestable, et si le canal-cholédoque est libre elle devient inutile, puisque dans ce cas la fistule consécutive à la cholécystostomie classique guérit spontanément ou *par intervention secondaire*. Aussi, la conclusion me semble-t-elle évidente. La suture idéale et la méthode en deux temps sont peut-être de bonnes opérations dans certains cas particuliers (surtout quand la gravité de la suture idéale est atténuée par la production artificielle d'une zone de péritonite adhésive autour d'elle) mais, en général, la bonne opération, l'opération de choix, c'est la cholécystostomie de Marion Sims et de Lawson Tait ».

Après la lecture de ces lignes, d'autant plus impressionnantes qu'elles émanent d'un de nos maîtres les plus autorisés en matière de chirurgie des voies biliaires, on est tenté de renoncer entièrement à la cholécystendyse ? Si l'on n'y renonce pas définitivement, on ne la pratique tout au moins qu'avec une réelle émotion. Elle est inutile ou dangereuse, dit-on, c'est la formule classique dont on la revêt.

Nous nous proposons dans ce travail de démontrer

que cette double qualification est injustifiée lorsqu'on a soin de nettement poser les indications de l'intervention que nous défendons et de la pratiquer en suivant rigoureusement le manuel opératoire que nous indiquerons.

Nous avons demandé au professeur Roux (de Lausanne) dont l'autorité en cette matière est reconnue du monde entier, son opinion sur la cholécystotomie idéale. Nous ne résistons pas au désir de publier, en le remerciant, la réponse qu'il nous a fait l'honneur de nous adresser. On y verra qu'il fait une bonne part à la cholécystendyse.

« Monsieur,

» J'ai remis toutes mes observations de maladies des voies biliaires à mon ancien chef de clinique, M. le Dr Clément, à Fribourg, pour en tirer une thèse qui va paraître.

» Je lui envoie votre lettre avec la prière de vous communiquer en résumé nos observations.

» Vous y verrez probablement :

» 1° Que nous avons dû souvent faire la cholécystotomie à cause de l'infection.

« 2° Que nous avons *trop souvent* voulu être plus sûr encore et que nous avons *fixé* la vésicule au péritoine, c'est-à-dire qu'à la cholécystotomie idéale nous avons ajouté la cholécystopexie dans le but d'assurer autant que possible l'éruption par la plaie (ou tout au moins son signalement clinique dans cette région) de tout produit de rétention ou d'inflammation que nous n'aurions pu éviter.

« Dès lors nous avons vu, à plusieurs reprises, nos malades se plaindre de tiraillements et de douleurs très

désagréables, que nous avons dû mettre sur le compte de cette cholécystopexie.

« Dernièrement même, nous avons dû libérer la vésicule par une nouvelle intervention, ce qui a fait disparaître douleurs et plaintes.

« C'est pourquoi, la semaine dernière, j'ai repris la cholécystotomie idéale pure et simple, que je pense cultiver à nouveau chaque fois que l'infection ne l'interdira pas et qui ne sera plus compliquée (plutôt que complétée) de la cholécystopexie.

« Veuillez agréer, etc.

« Dr Roux ».

HISTORIQUE

Le premier cas de cholécystotomie idéale semble bien être dû à Meredith. Cette opération a été pratiquée par lui en 1883, et publiée dans le *British medical Journal*, en 1885.

Voici quelques détails sur l'observation de Meredith :

Il s'agissait d'une femme de 59 ans, de bonne santé habituelle, se plaignant depuis quelques temps de douleurs dans l'hypochondre droit. A son entrée à l'hôpital on constata une tumeur mobile au-dessous du foie. Les urines étaient normales, il n'y avait pas d'ictère. Six mois plus tard, on constata que la tumeur avait fortement augmenté de volume, elle n'était plus mobile, adhérait au foie et présentait la forme allongée de la vésicule. Il y avait une sensibilité notable à la pression.

Opération en janvier 1883.

Incision verticale le long du bord externe du muscle droit. A l'ouverture de la cavité péritonéale, la vésicule distendue fait proéminence. A la palpation, on sent des calculs à sa partie postérieure surtout. On pratique une ponction et il s'écoule un flot de bile épaisse dont quelques gouttes tombent dans la cavité péritonéale. Une fois le liquide évacué, l'incision de la vésicule est agrandie verticalement sur l'étendue d'un pouce et on extrait les calculs au moyen d'une pince. Ces calculs très nom-

breux pèsent, du moins certains d'entre eux, jusqu'à 33 grammes.

On suture la plaie de la vésicule biliaire et on l'abandonne dans l'abdomen afin d'éviter la fistule biliaire.

Une péritonite fut la conséquence de cette manière de faire et la malade mourut en 48 heures.

C'est bien là, semble-t-il, le premier cas de cholécystotomie idéale. Cependant, dans une revue générale de Musser et Keen, publiée dans la *Revue de Chirurgie* de 1885, les auteurs se demandent si l'on peut suturer la plaie de la vésicule et l'abandonner dans la cavité abdominale. Ils ajoute que Bobbs a agi ainsi ; sa malade était guérie dix mois après. Gross eut recours à un procédé analogue, il amena le calcul dans la partie la plus déclive de la vésicule, il enserra par un nœud de catgut la paroi vésiculaire au-dessus de la pierre et sectionna le tout au-dessous de la ligature. Le malade vécut seulement 65 heures (il faut dire qu'on lui avait fait la néphrectomie pour un sarcome médullaire). A l'autopsie le pédicule biliaire fut trouvé en parfait état.

Lawson Tait attribue cette méthode à Spencer Wells, il s'élève d'ailleurs violemment contre cette opération et dit que les alternatives de réplétion et d'évacuation de la vésicule qui s'accompagnent de contraction musculaire très énergique sont un danger considérable pour les sutures établies sur le réservoir biliaire. Cette suture lâchera sûrement si les voies biliaires profondes ne sont pas libres, si le cholédoque est obstrué ; il faut donc s'assurer de sa perméabilité à l'aide d'un stylet.

Mac Gill, en 1884, pratiqua également la cholécystotomie idéale ; son observation est publiée dans le *Brit.*

med. Journal octobre 1884 ; il s'agit d'un malade porteur d'une tumeur biliaire chez lequel l'auteur fit après la laparotomie l'ablation de plusieurs onces de liquide vésiculaire, après quoi il enleva un calcul biliaire de la grosseur d'un œuf de pigeon qui était enclavé dans le cystique. Il constata ensuite que le cystique était libre et pratiqua la suture immédiate de la vésicule. Guérison complète en 20 jours.

Dans la thèse d'agrégation de Denucé, 1889, sur les affections vésiculaires, on trouve l'appréciation suivante de la cholécystotomie idéale :

« De tous les procédés, le plus dangereux par lui-même est celui que nous avons décrit sous le nom de cholécystotomie à sutures perdues. Quatre observations n'ont donné qu'un succès, celui de Bernays. Chez la malade de Meredith, il est probable que la bile à un moment donné s'est épanchée hors de la vésicule. L'opération de Courvoisier n'a produit aucun résultat et semble même avoir été le point de départ d'accidents d'obstruction cholédoque. L'opéré de Lange a succombé à une péritonite aiguë et l'auteur reconnaît dans sa communication que tout autre procédé eût donné un résultat plus satisfaisant.

» Lawson Tait fait remarquer qu'à côté des statistiques, il y a des arguments plus puissants, d'ordre physiologique ; la vésicule est un organe contractile destiné à se remplir et à se vider tour à tour sous l'influence d'actions réflexes assez mal connues.

» L'évacuation de la bile s'effectue grâce à une contraction musculaire plus énergique peut-être qu'on ne semble le croire. Quand même il n'arrive pas de bile dans

la vésicule, les parois de celle-ci sécrètent en abondance un mucus spécial qu'elle tend aussi à expulser. Il est peu probable que la vésicule puisse résister à de pareilles tractions. Nous croyons donc devoir repousser absolument la cholécystotomie à sutures perdues ».

On voit qu'à cette époque, 1886, la cholécystendyse n'était guère en faveur. Les observations se multiplièrent. Bernays, dont le nom domine l'histoire de la cholécystotomie idéale publia, dans la « *Weekly of Review*, Chicago, 1885, XII », un long article sur la pathologie et les différents procédés opératoires pratiqués sur les voies biliaires. Il fait dans cette publication une large part à la cholécystotomie idéale, il en fixe le manuel opératoire avec des figures à l'appui.

Il s'agit dans son cas, d'une femme âgée de 46 ans, qui lui fut envoyée en 1884 pour une tumeur abdominale accompagnée de crises douloureuses dans l'hypochondre droit avec nausées. Ces attaques étaient devenues plus fréquentes depuis la dernière année et la malade était à chaque instant obligée de garder le lit.

On notait l'existence d'une tumeur dans la région de la vésicule et cette tumeur avait subi un agrandissement continuél depuis dix mois. Tous les autres organes étaient sains. L'urine était également normale comme constitution et comme couleur. Au milieu de l'épigastre, sous la ligne blanche, on trouva une tumeur du volume à un gros œuf d'oie, très dure, très mobile sous les parois abdominales. La laparotomie exploratrice fut faite environ d'un pouce au-dessous de l'appendice xyphoïde jusqu'à l'ombilic. La main introduite dans l'abdomen ramena entre les lèvres de l'incision une tumeur que l'on reconnut être la

vésicule biliaire considérablement augmentée de volume. Elle mesurait sept pouces de long et trois de large. Elle donnait l'impression d'une tumeur demi-solide. Passant la main sous la tumeur, et la dirigeant vers le hile, on trouva dans le cystique une tumeur dure qui n'était autre chose qu'un calcul, ce calcul avait oblitéré le cystique et avait causé la distension consécutive de la vésicule. Après avoir attiré la vésicule aussi loin que possible hors de l'abdomen, on poussa un trocart dans le sac; il s'écoula un liquide clair. Le sac, qui était devenu flasque, fut alors incisé; on en retira plusieurs calculs, y compris celui qui était dans le cystique qui put être mobilisé et enlevé par la vésicule. Ces manœuvres furent faites entièrement en dehors de l'abdomen et par une incision vésiculaire de 1 pouce $1/4$. C'étaient des calculs de cholestérine de couleur vert foncé. Après quoi, le chirurgien procéda à la fermeture de la vésicule en deux plans, l'un musculo-séreux, le deuxième séro-séreux.

L'opération réussit parfaitement et, au bout de 20 jours, la malade était complètement guérie. L'auteur fait suivre le récit de cette observation, que nous avons reproduit ici parce qu'elle marque une étape dans l'histoire de la cholécystotomie idéale, de considérations opératoires sur la manière de pratiquer les sutures et sur les indications de la cholécystotomie. Nous aurons occasion de revenir sur cette partie de la communication en décrivant le manuel opératoire de la cholécystendyse.

Courvoisier fit la cholécystotomie idéale avec succès en 1890. Il s'agissait dans son cas de lithiase biliaire de la vésicule et du cholédoque, chez une femme de 26 ans

qui manifestait des signes de rétention biliaire depuis 1889 : ictère, prurit, faiblesse extrême, coloration des matières. Ce chirurgien fit une incision parallèle au bord antérieur du foie. Il trouva à l'ouverture du péritoine de nombreuses adhérences; la vésicule libérée de ces adhérences fut ouverte, elle était assez petite et contenait un calcul de la grosseur d'une noix. Après ablation de ce calcul et exploration méthodique de la vésicule, il pratiqua la suture de cette dernière. Il l'abandonna ainsi dans l'abdomen. Il procéda de même avec le cholédoque. Il draina ensuite la plaie. A la fin de mars, cette malade qui avait été opérée le 18 février, quitta l'hôpital entièrement guérie.

En 1892, Rose cherche à fixer les limites de la cholécystotomie idéale. Il constate que jusqu'alors la cholécystotomie avec enfouissement immédiat de la vésicule suturée et occlusion de la cavité abdominale a été rarement exécutée. Il en cite trois cas personnels. Dans le premier, il s'agissait d'une femme jeune dans la vésicule de laquelle il trouva 79 calculs. Cette malade guérit en trois semaines. Dans le second cas, il constate un épaissement considérable de la vésicule. La malade succomba et à l'autopsie il ne trouva pas de liquide dans la cavité abdominale, les intestins n'étaient ni rouges ni météorisés, mais au contraire, absolument lisses. Rien du côté du conduit digestif ne fut remarqué, mais le myocarde était en pleine dégénérescence graisseuse.

Le troisième cas se termina par la guérison. S'appuyant sur ses cas et sur ceux de Courvoisier, Rose se déclare partisan dans certaines conditions de la cholécystotomie idéale.

C'est vers cette même époque que Roux, de Lausanne, se basant sur deux cas personnels, déclarait croire à l'avenir de la cholécystotomie idéale, à condition qu'on opère tôt et qu'on en fixe nettement les indications. Nous savons que sa pratique ultérieure a justifié les espérances qu'il fondait alors sur cette opération.

Malgré ces opinions favorables, les chirurgiens cherchèrent à cette époque à modifier le manuel opératoire de la cystendyse. Pris entre le désir d'éviter les fistules biliaires que donne si souvent la cholécystostomie et inquiets d'autre part sur le sort des sutures vésiculaires ainsi abandonnées dans l'abdomen, ils cherchèrent des moyens termes, des modifications qui, nous le verrons en décrivant le manuel opératoire, privent des meilleurs avantages de la cholécystotomie idéale.

C'est ainsi que Langenbuch publia, en 1890, dans le *Berliner klin. Wochenschrift*, un article intitulé « Zur Modification der idealen Cholécystotomie ».

Il propose, après avoir suturé la vésicule, de la fixer dans le fond de la plaie abdominale. Si les sutures lâchent pour une raison quelconque, s'il se fait de l'infection, la cavité péritonéale est ainsi mise à l'abri et la paroi abdominale a seule à en souffrir, on en est quitte pour faire sauter les sutures et on en revient ainsi à une simple cholécystostomie.

Vers la même époque, Senger, dans le n° 2 du *Berliner klin. Wochenschrift*, 1890, publie une « nouvelle méthode opératoire pour les calculs biliaires ».

Dans le n° 5 de la même publication et de la même année, Wolfler décrit la « cholécystotomie idéale exécutée en deux temps ». Voici comment procèdent Senger et à sa suite Wolfler :

Incision de 12 centimètres de long sur le bord externe du grand droit de l'abdomen, suture des téguments au péritoine. La vésicule contenant les calculs est attirée au dehors et renversée sur le côté droit de l'incision. On place au-dessous d'elle de la gaze iodoformée pour l'empêcher de fuir, et on la fixe aux téguments abdominaux avec un fil de soie qui n'atteint pas la muqueuse. Voilà le 1^{er} temps de l'opération.

Deux jours plus tard, on incise la vésicule, on en extrait le ou les calculs, puis on referme les parois de la vésicule.

Dans son cas, Senger eut un petit abcès, il fut obligé de faire une cholécystectomie partielle consistant à réséquer le fond de la vésicule et la ressutura. 12 jours après la vésicule avait disparu au fond de la plaie. Senger aime mieux procéder ainsi que comme Kuster et Mérédith. Il se base sur les cas de Kuster qui pratiqua deux fois la cholécystotomie idéale. Dans le premier cas, il y eut une péritonite qui entraîna la mort. Dans le deuxième, la guérison survint, mais les jours suivants on sentait la vésicule fortement distendue probablement par du sang.

Kuster, malgré ces deux cas malheureux, pense qu'il est des cas où la cholécystectomie est inutile et où on doit l'éviter car la suppression de la vésicule peut amener d'après lui des troubles de la digestion.

Senger eut des imitateurs, c'est ainsi que Bloch publie dans la *Revue de Chirurgie* de 1895, n° 2, une observation de l'opération de Senger. Il intitule son article « Cholécystotomie extra-abdominale ».

Il s'agit d'une femme de 40 ans, chez laquelle ce chirurgien pratiqua une laparotomie médiane. Il attira la

vésicule pleine de calculs en dehors de la plaie abdominale, la fixa par des sutures à cette plaie. Trois jours après, il incisa la vésicule et réussit à en extraire les calculs. La plaie vésiculaire se ferma 9 jours plus tard. On évite ainsi, dit-il, la rupture des sutures de la cholécystotomie idéale, mais cette méthode ne convient pas aux vésicules rétrécies.

De plus, ajoute l'auteur, elle permet d'éviter les adhérences entre la surface de la vésicule et le péritoine pariétal. Il est permis de douter de l'exactitude de cette dernière affirmation.

A la même époque, dans la *Revue de Chirurgie* de 1895, Delagénère publie sous le titre : « Cholécystotomie intra-pariétale et transmusculaire ou cholécystotomie temporaire » un procédé très ingénieux qui rentre encore dans le cadre de ces méthodes hybrides qui trouvent leur place entre la cholécystotomie idéale et la cholécystostomie.

Le procédé du chirurgien du Mans consiste à aboucher la vésicule biliaire à l'aponévrose antérieure du muscle droit de l'abdomen, à travers une boutonnière pratiquée dans l'épaisseur du muscle. La vésicule est d'abord isolée de la séreuse péritonéale par une rangée de sutures séro-séreuses. Cette fixation peut être première ou dernière. Une boutonnière est alors pratiquée verticalement à 5 ou 6 millimètres du bord libre du muscle droit ; la vésicule est attirée à travers cette boutonnière, puis maintenue en place par une suture qui unit toute l'épaisseur de ses parois à l'aponévrose antérieure du muscle. Un drain est placé dans la vésicule et la peau est suturée. Lorsque les fonctions sont redevenues normales, on retire le drain.

L'ouverture faite à la vésicule n'a plus de raison de rester ouverte, ses bords se rapprochent à la manière d'une soupape toute prête à s'ouvrir si la tension augmente dans les voies biliaires.

L'opération de Delagénère est plutôt voisine de la cholécystostomie que de la cholécystotomie idéale. Néanmoins, nous avons cru devoir la citer ici, parce que c'est dans l'esprit de son auteur un mode opératoire qui est destiné à lutter contre la tendance à la fistulation et qui par conséquent se rapproche de la cholécystotomie.

Malgré tous les reproches adressés à la cholécystotomie idéale, reproches qui vont de la proscription absolue, comme la prononce Lawson Tait, par exemple, à la réduction extrême de ses indications, comme le dit Tuffier, en 1896, à la *Société de chirurgie*, la cholécystotomie idéale conserve des partisans convaincus.

Le 16 avril 1892, Péan écrivait à son sujet les lignes suivantes :

« A coup sûr si le chirurgien pouvait toujours affirmer que le cholédoque est libre, la cholécystotomie idéale serait plus avantageuse que la cholécystectomie, sans être plus dangereuse puisqu'elle permet de conserver la vésicule. Mais il n'est pas toujours facile, que la vésicule soit remplie de pus, de calculs ou de liquide d'hydropisie, d'affirmer que le canal cholédoque est perméable et c'est pour ce motif que la cholécystostomie rend de grands services ».

Doyen, dès 1892, pratiquait la cholécystotomie idéale. On trouve dans les *Archives provinciales de chirurgie* de cette année un article de lui intitulé « quelques opéra-

tions sur les voies biliaires. Cholécystotomie idéale, cholédocotomie avec cholédocorrhaphie ».

Depuis, il a appliqué au manuel opératoire de la cholécystendyse sa méthode d'écrasement des tissus à l'aide de sa pince et aussi une autre modification qui consiste à décoller le péritoine de la face inférieure du foie et de la vésicule pour le fixer à la paroi abdominale, de façon à isoler le foyer opératoire de la grande cavité péritonéale.

Mais c'est surtout à l'étranger qu'on pratique la cholécystotomie idéale. Kummel s'en déclare partisan ainsi que Kuster qui en communiqua deux observations terminées par la guérison au 16^e Congrès de chirurgie allemande de 1887.

Thornton en discute les indications et en publie deux cas en 1887 dans le *Brit. med. Journal*.

Mickuliez pratique cette opération et draine par dessus la suture vésiculaire, il en publie 14 observations avec une mort, mais c'est surtout Lœbker qui s'en fait le grand défenseur et qui apporte une statistique de 37 cas avec 37 guérisons.

Le fait remarquable est que tous ceux qui osent la faire en obtiennent des résultats réellement surprenants. Il est vrai de dire que dans leurs observations on trouve en général nettement posées les indications que nous discutons plus loin dans ce travail.

En France, au contraire, Tuffier, en 1896, s'exprimait ainsi à son sujet à la *Société de chirurgie*.

« Quant à la cholécystotomie idéale, je la considère comme une opération exclusivement réservée aux cas dans lesquels la vésicule est aseptique et la perméabilité

des voies biliaires certaine, or la constatation de cette asepsie est bien délicate au cours d'une opération, la perméabilité des voies biliaires est au moins aussi aléatoire et, de plus, cette perméabilité existant au moment de l'opération, peut ne plus exister les jours suivants, je crois donc que cette opération idéale a des indications bien limitées, en dehors desquelles elle est toujours téméraire ».

Michaux se déclare partisan de la cholécystectomie qu'il a pratiquée un grand nombre de fois et qui cependant est aussi dangereuse et pour les mêmes raisons que la cholécystendyse.

En un mot, la cholécystotomie à sutures perdues n'a pas la place qui, d'après nous, lui revient, place que légitiment les succès opératoires qu'elle donne et les avantages réels qu'elle procure, lorsqu'elle est indiquée, sur la cholécystectomie et surtout sur la cholécystostomie.

Opération d'exception, cela n'est pas douteux, mais offrant de tels avantages qu'il faut chercher à en élargir le cadre au lieu de le rétrécir ; par un examen approfondi du malade avant l'opération, des voies biliaires pendant l'opération.

Dandolo publie dans la « *Gazz. d. osp.*, Milano, 1898, t. XIX », un plaidoyer en faveur de la cholécystendyse. Il donne une statistique de 90 opérations avec 9 morts. Il conclut que les faits et les raisonnements sont absolument favorables à la cholécystendyse. Il en pose les indications qui sont l'absence d'ictère permanent, la perméabilité des voies biliaires, l'absence d'infection notable. C'est surtout, d'après lui, dans les cas de calculs,

et principalement de calcul solitaire de la vésicule qu'elle est indiquée. Les contre-indications sont l'empyème vésiculaire, l'ictère, la stase biliaire et la profonde altération des voies biliaires et surtout du cholécyste.

Pantaloni, dans son livre récent sur la *Chirurgie hépatique*, donne le manuel opératoire de la cystendyse.

Enfin, tout dernièrement, est paru le livre de M. Schwartz : *Chirurgie du foie*. Voici son opinion sur l'opération de la cholécystotomie idéale :

« En résumé, vésicule peu atteinte, à parois souples, certitude de la perméabilité du cystique sans signes d'angiocholite, telles sont les indications de la cholécystendyse à notre avis : elle doit être absolument rejetée lorsque ces conditions n'existent pas. . .

« En somme, la cholécystotomie idéale sera, dans les conditions mêmes qui la rendent praticable, une opération d'exception donnant alors des résultats vraiment très bons comme guérison opératoire rapide et comme guérison thérapeutique ».

PREMIÈRE PARTIE

VALEUR ET INDICATIONS

CHAPITRE PREMIER

Discussion des arguments invoqués contre la cholécystendyse

Les indications de la cholécystendyse sont évidemment assez rares, mais certainement pas autant qu'on a voulu le dire et actuellement encore on fixe à la paroi bien des vésicules que l'on pourrait refermer sans crainte.

La cholécystectomie et surtout la cholécystostomie sont les opérations de choix et elles laissent peu de place à la cholécystotomie idéale. Nous allons essayer de spécifier les cas où cette dernière peut être pratiquée. Voyons d'abord les reproches généraux qu'on lui adresse.

a) On a dit qu'elle était *dangereuse*. Elle laisse les malades à la merci d'un point de suture. Évidemment, il est des cas indéniables, des observations où les sutures n'ont pas tenu. Cela s'est produit au niveau de la vésicule comme au niveau de l'estomac, de l'intestin. C'est là une objection, mais elle se retourne plutôt contre l'opérateur que contre l'opération;

Actuellement, si les sutures d'une vésicule lâchent on peut hardiment en accuser l'opérateur qui a pu commettre plusieurs fautes ; ou bien, il a mal fait les sutures, il n'a pas suffisamment multiplié les points et les plans, ou bien il a suturé une vésicule qui ne devait pas l'être ; c'est-à-dire dont les parois étaient en trop mauvais état, ou bien encore une vésicule dont les voies d'excrétion n'étaient pas libres, en l'absence de perméabilité du cholédoque par exemple.

Roux écrivait, en 1890 (1), les lignes suivantes à ce sujet : « Les partisans de la cholécystotomie naturelle (cholécystostomie) prétendent que la pression intra-vésiculaire doit suffire pour faire éclater une bonne suture, mais ils disent aussi pour expliquer également le cas où cela ne se produit pas, que l'enflure de la muqueuse du canal cystique empêche les premiers jours l'arrivée de la bile dans la vésicule. »

« Au lieu d'admettre ces deux explications contradictoires, il nous semble plus probable que le passage du contenu de la vésicule à travers les sutures est rendu possible par l'occlusion forcément incomplète de la suture la mieux faite dans des parois profondément altérées, souvent indurées et friables, d'autres fois ulcérées ou amincies, cédant toujours au point de traction des fils. Il semble au reste que l'exsudat infectieux mélangé à la bile est plus dangereux que celle-ci pour le péritoine et que le risque de péritonite est beaucoup moindre lorsque les parois de la vésicule ne sont pas le siège d'une inflammation ».

(1) Roux, *Rev. méd. Suisse Romande*, 1890.

Ces lignes répondent magistralement à l'objection. Voilà pourquoi il ne faudra jamais faire la suture de la vésicule en tissus malades. Ce qui est vrai ici l'est partout et l'on sait que les sutures intestinales posées sur une paroi amincie, friable ou, au contraire, épaissie et peu souple ne tiennent pas ; elles déchirent les tissus et même en admettant qu'elles puissent être établies assez solidement, la plaie n'a aucune tendance à se réunir par première intention puisqu'elle est infectée.

Donc, pas de suture en tissus malades ; est-ce à dire qu'il faille renoncer à la cholécystotomie idéale, chaque fois que les parois de la vésicule seront en mauvais état. Cela dépend des cas, nous allons le voir.

Si la vésicule est entièrement altérée et également malade de son fond au cystique, évidemment la cholécystectomy s'imposera si elle est possible, dans le cas contraire on fera la cholécystostomie. Mais, on a remarqué que c'est surtout le fond de la vésicule qui est altéré et il arrive souvent qu'une *cholécystectomy partielle*, plus ou moins étendue suivant les cas, permette de dépasser les limites du mal et d'établir les sutures en tissus sains. Ainsi sera tournée la difficulté et on n'aura pas à renoncer dans bien des cas, grâce à ce moyen, à la cholécystendyse. C'est ce que nous avons vu faire, avec un plein succès, par notre maître M. Schwartz, dans une observation que l'on trouvera en détail à la fin de ce travail (Obs. n° 2).

Ainsi, cette objection du danger des sutures perd une grande partie de sa valeur. Lorsque les parois sont saines, les sutures bien faites tiennent. Roux (1) tire de ce fait,

(1) *Loc. cit.*

qu'il admet comme nous l'avons déjà vu, la conclusion qu'il faut opérer ces cas le plus tôt possible.

« La cholécystotomie idéale gagnera du chemin à mesure qu'on s'habituerà à opérer de bonne heure les cas que l'incertitude n'obligera plus à laisser mûrir ».

Les altérations des parois seront d'autant moins fréquentes évidemment que l'on opérera plus tôt.

On a encore donné des arguments d'ordre physiologique pour expliquer le danger des sutures vésiculaires. Nous trouvons dans la thèse d'agrégation de Denucé (1886) l'appréciation suivante empruntée d'ailleurs, comme le dit l'auteur, à Lawson Tait :

« La vésicule est un organe contractile destiné à se remplir et à se vider tour à tour, sous l'influence d'actions réflexes assez mal connues. L'évacuation de la bile s'effectue grâce à une contraction de la tunique musculaire, plus énergique peut-être qu'on ne semble le croire. Quand même il n'arrive pas de bile dans la vésicule, les parois de celle-ci sécrètent en abondance un mucus spécial qu'elle tend aussi à expulser. Il est peu probable que la suture puisse résister à de pareilles tractions. Nous croyons devoir repousser absolument la cholécystotomie à sutures perdues ».

Cet argument, nous semble-t-il, n'est pas bien puissant. Nous ne croyons pas que des contractions musculaires physiologiques puissent menacer d'une façon sérieuse la solidité de sutures bien établies. Les sutures intestinales, stomacales, vésicales sont également éprouvées par des alternatives de contraction et de relâchement et cependant là n'est pas le danger qui les menace, d'autant plus qu'on peut agir pendant les deux ou trois premiers jours

qui suivent l'opération sur ces contractions en mettant le malade à la diète. L'action de la digestion sur la réplétion de la vésicule est bien connue. L'opium sous toutes ses formes en diminue également les contractions et au bout de 48 heures les sutures défient à coup sûr les contractions même les plus violentes, le travail de cicatrisation étant déjà avancé surtout au niveau du plan séreux.

D'ailleurs, ce reproche ou plutôt cette critique adressée à la cholécystendyse ne s'adresse-t-il pas également à la cholécystectomie ? Le moignon de la vésicule peut lâcher comme les sutures du fond de cet organe et pour les mêmes raisons.

Les faits démontrent d'ailleurs qu'il en est très rarement ainsi surtout aujourd'hui.

b) La constatation de la perméabilité des voies biliaires est indispensable pour pratiquer la cholécystendyse, or elle est difficile.

Nous ne saurions nier l'importance très grande de cette objection. Il est certain que dans bien des cas on ne pourra affirmer la perméabilité des voies biliaires. Alors, on renoncera à la cholécystotomie idéale. Dans le doute, il faut savoir abandonner la fermeture de la vésicule. C'est une opération qu'il ne faut faire que lorsqu'on a pu en éliminer très nettement toutes les contre-indications. Lorsqu'on se propose de la pratiquer, il faut mettre en œuvre tous les moyens connus pour s'assurer de la perméabilité des voies d'excrétion principales de la bile. La clinique peut ici rendre de grands services. L'absence de signes de rétention biliaire, surtout l'absence d'ictère constitue une bonne présomption. Pour notre part, nous croyons qu'il faut renoncer à la cholécystotomie idéale

dans tous les cas où l'on trouve de l'ictère permanent. La lithiase vésiculaire pure sans infection est, nous l'avons déjà dit, l'idéal pour l'opération de la cystendyse. Un ictère chronique dans le cas de lithiase indique généralement l'occlusion du cholédoque ou des canaux hépatiques. Si l'on ne peut lever l'obstacle par une cholécotomie par exemple, il faudra pratiquer une boucle vésiculaire, soit à la paroi, soit dans l'intestin. La cholécystotomie idéale n'est pas incompatible avec une cholécotomie. Notre maître, M. Ricard, a publié à la *Société de chirurgie*, en juin 1896, une observation de cette double opération avec guérison. Il avait dans ce cas rétabli la perméabilité du cholédoque et réalisé par suite une des conditions essentielles de la cholécystotomie idéale.

En dehors de l'absence d'ictère, le *cathétérisme des voies biliaires* est encore un moyen qu'il ne faut pas négliger de pratiquer avant de refermer la vésicule. Ce mode d'exploration est dû à J.-L. Petit qui le proposa en 1743 à l'*Académie royale de Chirurgie*. En 1888, Krönlein enleva du canal cystique un calcul assez volumineux, il pratiqua le cathétérisme des voies biliaires et s'assura aussi de leur perméabilité. Il sutura alors les parois très épaisses de la vésicule qu'il réduisit ensuite dans l'abdomen.

En 1890, Rose publia au *Congrès des Chirurgiens allemands* une observation de cathétérisme des voies biliaires avec cholécystotomie idéale pratiquée chez une jeune femme de 31 ans. Cette malade guérit en 18 jours. La même année, il put chez une malade qui présentait une fistule biliaire rebelle, s'assurer, après l'élimination d'un gros calcul, que les voies biliaires étaient libres. Il

ferma alors la fistule et la malade guérit très rapidement bien que cachectique et amaigrie.

Les deux cas de Rose et le cas de Krönlein sont les trois premières observations de cholécystotomie idéale après cathétérisme des voies biliaires. Les trois malades ont guéri. Depuis lors, les observations se sont multipliées et à l'heure actuelle, on ne fait guère de cholécystotomie idéale ou de cholécystectomie sans essayer de cathétériser les voies biliaires!

Est-ce à dire que le cathétérisme rende toujours de très grands services? Non certainement, car il est bon nombre de cas où il est très difficile et même impossible. De plus, ses résultats négatifs ne sont pas toujours concluants. En effet, les sinuosités des voies biliaires, l'épaississement de leurs parois, veut empêcher le cathéter de passer sans que pour cela on puisse conclure à l'imperméabilité.

Outre l'importance diagnostique qu'il possède, le cathétérisme peut encore servir à la cure de certains calculs profonds. On a pu repousser grâce à son aide des calculs du cholédoque.

Dans ces cas, l'ouverture de la vésicule faite pour le pratiquer pourra être refermée, c'est-à-dire qu'on pourra encore ici faire la cholécystotomie idéale. Nous aurons occasion de revenir plus loin sur ces faits.

En tous cas, si le cathétérisme est difficile, il faut savoir ne pas insister, car il peut être dangereux et il ne faut pas le pratiquer coûte que coûte; on s'exposerait ainsi à des blessures très graves des voies biliaires profondes.

On le fera donc prudemment à l'aide d'une petite

sonde flexible capable de suivre la direction sinueuse des voies d'excrétion de la bile.

Un autre moyen de constater la perméabilité du canal cholédoco-cystique est la *palpation* méthodique, après ouverture du ventre, l'exploration directe de ces voies profondes. Le toucher permettra de sentir des calculs.

Pour la palpation du cystique, rien n'est plus simple, on éliminera facilement la cause d'erreur que peut entraîner la présence du ganglion lymphatique situé au niveau du col de la vésicule.

Quant à la palpation du cholédoque, il faut la pratiquer en prenant comme point de repère l'hiatus de Winslow. On introduit le doigt dans l'hiatus et on palpe ainsi tous les éléments que contient le bord droit du ligament gastro-hépatique. « Tandis que la veine-porte, dit Calot (1), « donne la sensation d'un cordon moelleux comme les « veines d'un varicocèle, le cholédoque se laisse sentir « comme un cordon plat et s'il existe des calculs dans « son intérieur, il devient possible de les percevoir non « pas seulement dès son origine mais plus bas et presque « sur le bord supérieur du pancréas ».

Il faudra ensuite palper le long du duodénum car, ces calculs peuvent être enclavés dans la portion duodénale du cholédoque. Nous en avons observé un cas remarquable avec notre maître M. Pozzi (2), qui a été publié par lui au *Congrès international de 1900*. Ces cas de calculs arrêtés dans l'ampoule de Vater et opérés par cholédocotomie transduodénale sont excessivement rares, il n'en existe que deux ou trois cas dans la science. Ils

(1) CALOT. *De la Cholécystectomie*, Paris, Steinheil, 1891.

(2) POZZI, *Congrès international de chirurgie*, 1900.

suffisent pour obliger à la palpation minutieuse de cette portion du cholédoque.

L'étude anatomique du cholédoque faite par Wiart (1) dans sa thèse devra guider dans l'exploration méthodique de ce conduit.

De même que le cathétérisme, l'exploration directe, la palpation des voies biliaires peut avoir un but thérapeutique et permettre de chasser par expression les calculs vers l'intestin ou vers la vésicule, dans ce dernier cas on incisera la vésicule et on pourra la refermer ensuite s'il ne reste pas d'autres calculs que ceux qui auront été refoulés par pression. Disons aussi que cette pression devra être douce et qu'en cas de résistance trop grande dans la migration artificielle du calcul il ne faudra pas insister. Mieux vaut faire une cholédocotomie qu'un cathétérisme brutal ou des manœuvres d'expression forcée.

Le cathétérisme et la palpation devront se combiner. Lorsqu'une sonde bute sur un obstacle, on peut vérifier par la palpation la nature de cet obstacle et son siège exact.

L'expression de la vésicule avant son ouverture peut également donner une notion intéressante sur la perméabilité des voies cholédoco-cystiques. Si la vésicule contient du liquide, on chasse ainsi ce liquide vers la profondeur, ce qui indique que la voie est libre. C'est une manœuvre recommandée par Roux, comme on le verra dans les observations tirées de la *Revue médicale de la Suisse romande* que nous reproduisons à la fin de ce travail.

(1) WIART, *Th. Paris*, 1890.

En un mot, les différents moyens de s'assurer de la perméabilité des voies biliaires, condition essentielle de la cholécystotomie idéale, sont : la clinique, c'est-à-dire la constatation de l'absence d'ictère et de signes de rétention biliaire, le cathétérisme des voies biliaires, la palpation ou exploration directe et l'expression de la vésicule. Ces divers moyens permettront, soit séparément, soit réunis, de constater cette perméabilité, si elle existe. Quelques-uns d'entre eux même permettront de la créer en refoulant les calculs profonds soit vers la vésicule, soit vers l'intestin, avec toute la prudence que nécessitent pareilles manœuvres.

Dans les cas de doute, il faudra s'abstenir de fermer la vésicule biliaire.

c) Un autre reproche adressé à la cholécystotomie idéale est que *le résultat thérapeutique est incomplet*. Les calculs qui sont restés dans les diverticules et qui seraient sortis par une cholecystostomie restent en place, de plus, *la bile infectée n'est pas drainée* et les accidents continuent.

Cette objection disparaît si l'on se souvient qu'il ne faut jamais re fermer la vésicule lorsqu'il y a des signes d'angiocholite. L'infection des voies biliaires est une contre-indication formelle à la cholécystendyse. On sait que la lithias biliaire est fonction d'infection, mais il ne faut pas confondre cette infection, qui entre en ligne de compte dans la formation des calculs, avec l'infection secondaire qui découle de la présence de ces calculs. La première est une infection absolument négligeable au point de vue chirurgical, qui ne doit pas guider le choix de tel ou tel procédé opératoire : l'existence de la seconde.

au contraire, exige le drainage, c'est donc la négation même de la cholécystotomie idéale.

Disons d'ailleurs, puisque nous sommes sur ce chapitre, qu'il n'est pas heureusement indispensable de faire l'examen bactériologique de la bile avant de refermer la vésicule. Pareille pratique, si elle était absolument nécessaire pour la réalisation de cette opération, l'interdirait entièrement. Ici encore, c'est la clinique et l'examen direct au cours de l'intervention qui guideront l'opérateur.

Parmi les signes d'angiocholite nous signalerons la fièvre qui prend souvent les caractères connus sous le nom de fièvre hépatique à grandes oscillations. L'ictère annonce également l'infection des petites voies biliaires et l'altération du foie.

Lorsqu'il existe de la cholécystite infectieuse ou suppurée, on ne pratiquera pas la cholécystotomie idéale, ce serait exposer le malade aux plus graves dangers. Nous reproduisons une observation de M. Julliard (obs. n° 5) où le chirurgien a pratiqué cette intervention malgré la présence de liquide louche dans le péritoine et dans la vésicule. On verra à la lecture de ce fait que si le malade a finalement guéri, il a traversé des péripéties qui ont fait craindre pour son existence. N'aurait-il pas mieux valu dans ce cas drainer largement et le péritoine et la cavité vésiculaire ? C'est ce que nous croyons. Le malade de M. Julliard a été opéré dans les conditions d'une appendicite à chaud et personne dans cette dernière affection ne songerait à refermer le ventre. Nous avons reproduit ce fait pour donner un exemple de contre-indication de la fermeture de la vésicule. Le

résultat favorable obtenu ne doit pas engager à renouveler cette opération dans ces conditions. Dans les cas où il y a angiocholite il faut faire la cholécystostomie qui assure le drainage des voies profondes.

Le reproche d'être une opération *incomplète* est-il plus justifié ? D'après ce que nous avons déjà dit, on a des moyens efficaces de savoir s'il existe des calculs profonds ; nous ne reviendrons pas sur ce point. Ce que nous pouvons répéter, c'est que la cholécystendyse doit être rejetée toute les fois qu'il y a le moindre doute sur l'existence de calculs profonds. Les incrustations calculeuses des parois de la vésicule que l'on rencontre dans certaines formes de cholécystite constituent, lorsqu'elles sont très développées, une contre-indication. Dans ces cas, nous croyons qu'il vaut mieux drainer par un abouchement à la paroi. L'exploration au stylet de la cavité vésiculaire doit être soigneusement pratiquée, et quelquefois on sentira ainsi, après de minutieuses recherches, un calcul caché dans un diverticule passé inaperçu dans un examen superficiel.

Si ces diverticules sont très nombreux, si la cavité est très anfractueuse, difficilement explorable, ce qui est dû généralement à une altération chronique profonde dont le processus évolutif a changé la forme de l'organe, il sera bon de s'abstenir de la fermeture de peur d'enfermer des calculs enclavés. Dans ces cas, une cholécystostomie seule pourra permettre à ces calculs de s'éliminer secondairement. Les calculs enclavés dans le cystique peuvent dans bien des cas être enlevés ; si l'on y réussit, on pourra refermer la vésicule. Pour enlever ces calculs, lorsque les manœuvres vésiculaires ont échoué, il faut

pratiquer la cysticotomie. Dans ce cas, on draine généralement le cystique comme on draine la plaie du cholédoque après une cholédocotomie et on pourra refermer la vésicule sans aucune crainte.

Il nous semble préférable de faire la cysticotomie que l'écrasement à travers les parois, manœuvre brutale et aveugle qui menace la solidité de ces parois. Ce n'est que dans le cas de calculs friables que l'on pourra agir ainsi.

d) On a encore dit que la cholécystotomie idéale était mauvaise *parce qu'elle laissait la vésicule, centre de la formation des calculs*. Elle expose donc les malades à la *récidive*. La cholécystectomie les guérit plus radicalement.

On a longtemps cru que les calculs biliaires se formaient, en effet, dans la vésicule et uniquement dans la vésicule et qu'ils cheminaient ensuite dans les voies profondes cystico-cholédoque où souvent ils s'arrêtent. Or, l'on sait aujourd'hui que les calculs se forment également dans les canaux hépatiques et que si la vésicule est fréquemment leur centre de formation, elle est loin d'être le seul. Après une intervention quelconque sur les voies biliaires il ne faut jamais considérer le malade comme guéri, *il faut toujours le considérer comme un récidiviste* probable et le traiter en conséquence, aussi bien après une cholédocotomie qu'après une cholécystectomie. Les causes de la formation des calculs ne sont pas supprimées lorsqu'on a procédé à l'ablation de ceux-ci par une intervention quelconque. C'est alors qu'on devra soumettre le malade à un traitement médical et hygiénique des plus sévères pour éviter la formation de nouveaux dépôts calculeux. Il ne faudra pas oublier que la

lithiasie biliaire n'est pas un accident local, c'est une des manifestations d'un état général que l'on doit combattre. Donc tout lithiasique est un récidiviste probable quelle que soit l'opération qu'il ait subie. L'objection s'adresse, il est vrai, à la cholécystotomie idéale, mais aussi à la cholécystectomie, etc.

CHAPITRE II

Avantages de la cholécystotomie idéale sur la cholécystectomie et la cholécystostomie.

Nous venons de voir et de peser les différentes objections formulées contre la cholécystotomie idéale par les partisans de la cholécystostomie et de la cholécystectomie. Ces arguments ont presque tous une grande portée, mais ils ne détruisent en rien la valeur intrinsèque de la cholécystendyse, ils en réduisent simplement les indications.

Voyons maintenant si l'on n'a pas tout intérêt à choisir la cholécystotomie idéale de préférence à la cholécystostomie et à la cholécystectomie dans les cas où l'on peut la pratiquer sans danger, dans les cas où ses indications sont nettement posées.

La *cholécystectomie* est une opération aussi dangereuse que la cholécystendyse et pour les mêmes raisons. La ligature posée sur le moignon vésiculaire peut lâcher dans les mêmes conditions que la suture vésiculaire, c'est-à-dire si le cholédoque n'est pas libre, on trouve là une objection de même nature qui s'adresse cette fois à la cholécystectomie. Cet argument est tellement puissant que les différents opérateurs ont cherché à en atténuer la

portée par des manœuvres opératoires qui compliquent cette opération déjà si difficile, du moins dans bien des cas. Terrier se contente, il est vrai, de poser une ligature solide et unique, il désinfecte ce moignon à l'aide du thermo-cautère. Il est vrai que, le plus souvent, il draine le foyer opératoire, cherchant à l'isoler de la grande cavité péritonéale en utilisant les dispositions anatomiques ou pathologiques de la région. Par exemple, il utilise la présence du grand épiploon et des ligaments hépato-rénal et cystico-colique pour former une loge au foyer opératoire. Dans d'autres cas, c'est la loge inflammatoire elle-même, les adhérences péri-cystiques qui servent à isoler ce foyer. On draine ensuite la loge.

D'autres, voulant éviter ce drainage, font deux plans de suture au-dessus du moignon de ligature, c'est la pratique de Deroubaix. Michaux fait une cysticopexie à la paroi abdominale qui n'est pas sans analogie avec l'appendicopexie proposée par Thierry au *Congrès international de Chirurgie* de 1900.

Nous semblons sortir de notre sujet en faisant cette digression sur le manuel opératoire de la cholécystectomie, elle nous sert simplement à prouver que la solidité du moignon cystique a préoccupé les opérateurs au même point que la solidité de la suture vésiculaire et que, en un mot, ce reproche de rupture possible des sutures s'adresse aux deux opérations dans la même mesure. Nous verrons en étudiant le manuel opératoire de la cholécystendyse, que l'on a employé des moyens analogues pour isoler la vésicule suturée de la grande cavité péritonéale. Doyen a extériorisé cette suture en décollant le péritoine de la vésicule et en fixant

ce sac péritonéal à la paroi. C'est une manœuvre analogue dans les deux cas prouvant les dangers identiques des deux opérations. Donc pas de supériorité à ce point de vue de la cholécystectomie sur la cholécystotomie idéale.

D'autre part, la cholécystotomie idéale est indéniablement une opération plus facile que la cholécystectomie et cela indépendamment de l'habileté de l'opérateur. Il est des cas où des adhérences anciennes rendent l'ablation de la vésicule presque impossible. Ces cas sont comparables aux opérations d'appendicite à froid où l'ablation de l'appendice est très difficile. Il ne faut pas s'acharner dans ces cas et il vaut mieux savoir renoncer à l'extirpation que s'exposer à commettre des dégâts sérieux.

Or, dans ces cas d'adhérences anciennes, résultat de poussées aiguës de péricholécystite plus ou moins lointaines, ayant leur cause dans la présence de calculs intravésiculaires, l'ablation des calculs suivie de fermeture de la vésicule suffira puisque la cause du mal sera enlevée par cette intervention simple. On n'agira ainsi, bien entendu, que dans les cas opérés bien à froid, en dehors de toute inflammation même atténuée.

Un argument que l'on a fait valoir contre la cholécystectomie est qu'elle supprime un organe important. L'utilité de la vésicule au point de vue physiologique a été invoquée. Disons immédiatement que nous n'attachons qu'une importance secondaire à cette raison. Néanmoins, il nous faut la mentionner car le rôle de la vésicule n'est pas nul comme celui de l'appendice. La bile étant sécrétée d'une façon continue par le foie et excrétée seulement

par intervalles, il lui faut un réservoir où se déverser, cela est tellement exact que dans des laparotomies ultérieures pratiquées chez des malades sur lesquels la cholécystectomie avait été faite autrefois, on a trouvé une néo-vésicule de volume variable qui s'était reformée au niveau du moignon cystique.

Nous ne savons pas jusqu'à quel point l'ablation de la vésicule peut entraîner des troubles digestifs, mais il n'y aurait rien que de très rationnel à l'admettre. En tous cas, cet argument est, répétons le, d'ordre secondaire à notre avis.

Les avantages que présentent la cholécystotomie idéale sur la cholécystostomie sont encore plus marqués.

La *cholécystostomie* est une opération qui nous apparaît à peu près comparable à l'anus artificiel ; c'est évidemment un pis-aller thérapeutique. Dans une occlusion intestinale, lorsqu'on est obligé d'intervenir d'urgence sur un malade déjà affaibli et intoxiqué par les produits de rétention, il est bon de parer aux accidents les plus pressés, c'est-à-dire d'assurer l'évacuation des matières le plus tôt et le plus simplement possible. On s'exposerait à de gros dangers et peut-être à la mort du malade en essayant alors la cure radicale de son obstruction intestinale. La cholécystostomie doit, à notre avis, être réservée aux cas d'urgence ; c'est un excellent moyen de parer aux accidents les plus pressants qui peuvent accompagner ou compliquer la lithiase biliaire. Faire la cholécystostomie en présence d'une obstruction calculieuse du cholédoque, c'est se déclarer impuissant à lever l'obstacle ; à notre avis, on ne doit la faire qu'après avoir

renoncé à la cholédocotomie, soit parce que cette dernière est opératoirement très dangereuse du fait des conditions spéciales dans lesquelles elle se présente, ou bien parce qu'une complication telle que l'angiocholite est venue se greffer sur l'existence du calcul. Qui dit cholécystostomie, dit drainage, et qui dit drainage dit infection. C'est là une formule qui n'a plus besoin d'être démontrée aujourd'hui. Lorsqu'on pratique la cholécystostomie, on doit avoir l'excuse d'y être obligé. L'infection, l'obstruction incurable des voies biliaires profondes, cancer, calcul impossible à enlever, compression des voies biliaires, telles sont les véritables indications de la cholécystostomie. C'est une opération palliative. Elle doit perdre en partie la place prépondérante qu'elle a dans la chirurgie biliaire pour la céder à la cholécystectomie, à la cholédocotomie, à la cholécystotomie idéale, etc. Celles-ci sont, en effet, des opérations curatives logiques. Elles sont souvent difficiles à exécuter, il est vrai, mais une entérectomie est également une opération délicate, et on n'a pas songé à en diminuer la valeur sous le prétexte que l'anus contre nature était une intervention simple et facile.

Quels sont donc les gros inconvénients de la cholécystostomie considérée en dehors des cas d'infection où elle s'impose ? D'abord *les fistules* qu'elle laisse à sa suite. Ces fistules souvent si rebelles et si tenaces sont dues à deux causes principales :

1° L'obstruction des voies profondes, canal cystique ou cholédoque.

2° Lésions anatomiques de la vésicule.

L'obstruction des voies profondes est cause de fistules

biliaires persistantes et il faut pour les guérir lever l'obstacle ou bien, si l'on ne peut y réussir, pratiquer la cholécystentérostomie, opération palliative également, mais qui a pour résultat de tarir la fistule externe et de remettre la bile secrétée dans l'organisme. Autant, dans ce cas, vaudrait-il avoir pratiqué d'emblée la cholédocotomie ou la bouche vésiculo-intestinale.

Quant aux fistules muco-purulentes dûes aux lésions de la vésicule, elles sont entretenues par le mauvais état des parois vésiculaires, joint parfois à l'occlusion du cystique et leur traitement est la cholécystectomie qu'il eût mieux valu pratiquer en premier lieu.

Enfin, il est un certain nombre de cas où la bouche vésiculaire ne se ferme pas sans qu'il y ait d'obstacle profond ou de lésions bien nettes des parois vésiculaires. Il est difficile d'en trouver la raison bien exacte, mais ces faits existent. Ils nécessitent une opération secondaire comme d'ailleurs les cas précédents et il faut avoir pratiqué ces opérations itératives pour en connaître les dangers et la difficulté. Des adhérences sont établies, les points de repère ont disparu, la difficulté est considérable parfois.

D'autre part, il n'est pas téméraire d'avancer qu'en dehors de toute infection préexistante, une bouche biliaire ainsi établie ne puisse amener cette infection des voies biliaires. Malgré tous les soins antiseptiques et toute l'asepsie dont nous sommes capables, il se peut, il est même probable, que dans les pansements consécutifs, il se fasse une infection des voies biliaires profondes. Autant le drainage est indiqué dans les cas de suppuration ou d'infection, autant il constitue une arme dangereuse dans les opérations aseptiques.

La cholécystotomie idéale, lorsqu'elle est pratiquée à juste raison, est une opération dont les suites sont absolument bénignes et courtes. En huit jours, la guérison est absolue. Quand on enlève les fils superficiels, on peut considérer le malade comme guéri. Avec une cholécystostomie, il faut raisonner autrement, même lorsqu'il n'y a pas d'obstacle au libre écoulement de la bile par le cholédoque, même lorsque l'infection de la vésicule, l'altération de ses parois est nulle, il faut compter un minimum de trois semaines à un mois pour que la guérison se produise.

Enfin, un gros argument en faveur de la cholécystendyse comparée à la cholécystostomie est qu'elle n'est pas suivie d'adhérences de la vésicule à la paroi.

Ces adhérences établies entre un organe essentiellement contractile comme la vésicule et un plan peu mobile comme la paroi abdominale, sont cause de tiraillements douloureux qui font parfois croire à une récurrence de la lithiase. C'est là un point bien établi et tous les chirurgiens qui ont une certaine pratique de la cholécystostomie ont été obligés, dans certains cas, de faire une nouvelle opération pour libérer ces adhérences. Dès cette nouvelle intervention seulement, les malades cessaient de souffrir.

On a nié que les adhérences puissent produire la douleur à elles seules. Nous croyons qu'il y a une part de vérité dans cette affirmation. Des adhérences entre des organes immobiles sont peut-être incapables de provoquer des phénomènes douloureux, mais ce qui n'est pas niable c'est que les adhérences qui entravent les mouvements d'un organe essentiellement mobile ne soient

susceptibles de produire la douleur. C'est le cas de la vésicule biliaire et ici ce phénomène se montre dans toute son évidence.

Telles sont les gros avantages que présente la cholécystendyse pratiquée à bon escient sur la cholécystectomie et la cholécystostomie. Nous ne les croyons pas négligeables et leur existence doit pousser le chirurgien à la pratique de la cholécystotomie idéale, c'est-à-dire à en rechercher bien méthodiquement les indications. Ce sera alors pour le plus grand profit de son malade.

CHAPITRE III

Indications de la cholécystotomie idéale.

L'indication principale de la cholécystendyse est sans contredit la lithiase vésiculaire pure, c'est-à-dire sans obstruction des voies profondes et sans infection notable.

Indépendamment des cholécystites suppurées dans lesquelles il ne saurait être question de fermeture de la vésicule, il existe toute une série d'états de la vésicule calculeuse qu'il nous faut passer en revue et analyser rapidement de façon à voir quels sont les cas où l'on peut refermer.

Lejars décrit trois types de vésicule calculeuse :

1° Grosse vésicule contenant du liquide clair, à parois légèrement épaissies et contenant un calcul solitaire, le plus souvent gros, libre, au fond de la vésicule ou enclavé dans le col et dans le canal cystique ;

2° Vésicule bourrée de calculs, qu'il s'agisse de gros calculs tassés les uns contre les autres ou de ces petites concrétions de grosseur unique, dont le nombre dépasse parfois plusieurs centaines ;

3° Vésicule épaissie, rétractée, ne contenant que de la bouillie calculeuse.

Jannowski, Charcot, Langenbuch, Fergusson et Wardle ont étudié tout spécialement l'anatomie pathologique de la vésicule biliaire.

Les différents états anatomiques dans lesquels peut se montrer la vésicule sont d'ailleurs les divers stades d'une même lésion évoluant soit vers le processus scléreux, soit vers la suppuration. Le processus scléreux pouvant s'accompagner de rétraction fibreuse de la vésicule ou d'hydropisie de cette dernière.

Sous l'influence de la présence des calculs se développe tout d'abord une réaction inflammatoire constituée par de l'œdème des parois avec un certain degré d'exsudation de liquide.

Puis, les éléments épithéliaux tombent, il se fait une hypertrophie de la musculuse et quelquefois des ulcérations pariétales qui peuvent aboutir à la perforation et donner naissance à la péritonite généralisée ou à la péritonite localisée par production d'adhérences.

On peut rencontrer la simple cholécystite catarrhale sans lésions avancées des parois vésiculaires avec simplement un léger épaissement des parois devenues tomenteuses à leur surface. Dans ces cas, dit M. Schwartz (in *Chirurgie du foie*, 1904) : « La bile qui y est contenue en même temps que les calculs qui l'habitent, est infectée comme le montrent les cultures que l'on a fait. Presque toujours, c'est le coli-bacille qui est le microbe infectant. Nous avons pu, dans plusieurs cas de cette nature, enlever les calculs et faire une cholécystendyse, c'est-à-dire une cholécystotomie idéale avec fermeture et réduction de la vésicule dans le ventre. Les accidents ont tous disparu et ne se sont jamais reproduits ».

Dans une autre forme, on trouve une vésicule entièrement rigide, dont les parois épaissies ne reviennent pas

sur elles-mêmes après la section et l'évacuation. S'il n'y a pas de pus dans la vésicule, si l'évacuation de son contenu est complète, on peut dans ce cas la refermer après avoir constaté la perméabilité des voies d'excrétion.

Si le canal cystique est oblitéré, on ne devra pas refermer la vésicule, à moins que cette oblitération ne soit due à une simple coudure du col comme Fergusson en a décrit. C'est dans ces cas, croyons-nous, que la cholécystopexie aura des chances de donner des résultats en maintenant réduite la coudure qui cause la rétention. C'est là, à peu près, la seule indication de la cholécystopexie car nous nous rangeons à l'avis de Roux (de Lausanne, que l'on a lu dans notre introduction. La cholécystopexie crée des adhérences douloureuses. Nous croyons qu'on ne doit la pratiquer que dans les cas de ptose vésiculaire.

Le maximum des lésions se trouve souvent au fond de la vésicule, c'est là que les premières ulcérations se développent et que un certain degré de réaction péritonéale se produit. C'est dans ces cas que la résection partielle sera indiquée. Elle permettra d'arriver à des tissus suffisamment sains pour qu'on puisse les suturer.

La vésicule contenant de la bile ou du liquide séreux est encore susceptible d'être traitée par la cholécystotomie idéale. Jamais on ne pratiquera cette intervention si la vésicule contient du pus.

Enfin, si la lithiase vésiculaire date de très loin, on trouvera une rétraction parfois considérable des parois sur des calculs plus ou moins nombreux. Dans ces cas, pas de liquide ou quelques gouttes à peine. Ici encore,

on pourra faire la cholécystendyse d'autant plus que la rétraction vésiculaire rend l'abouchement à la peau parfois impossible.

Voilà ce qui se passe le plus habituellement dans les cas de lithiase vésiculaire pure. La lithiase du cystique n'est pas incompatible avec la cholécystendyse, surtout s'il s'agit de calcul jouant le rôle de soupape à l'entrée du cystique, dans les replis du col de la vésicule. Ces calculs sont faciles à enlever.

Si le calcul est dans le canal proprement dit, on pourra l'enlever par une cysticotomie et nous croyons qu'il vaut mieux recourir d'emblée à cette intervention que d'insister sur des manœuvres d'extraction par la vésicule ou, à plus forte raison, au broiement pratiqué à travers les parois.

Quoi qu'il en soit, on pourra refermer la vésicule après l'ablation du calcul, si l'état de ses parois est suffisamment bon.

Nous avons déjà dit qu'une cholédocotomie pourra également s'accompagner de cholécystendyse.

Les *plaies de la vésicule*, plaies traumatiques par coup de couteau, par exemple, sont chose rare. Néanmoins, il en est dans la science un certain nombre, et nous croyons que le traitement rationnel de ces plaies est la cholécystotomie idéale. Cependant certains cas sont justiciables de la cholécystectomie. Ce sont ceux qui s'accompagnent de lésions trop étendues avec contusion violente des parois.

Il existe une observation de Kehr où cet auteur fit pour une plaie de la vésicule une cholécystendyse. Son malade guérit.

Il est un certain nombre d'affections vésiculaires qui peuvent encore être traitées par la cholécystotomie idéale. Ce sont les *tumeurs bénignes* de cet organe. On peut rencontrer dans la cavité vésiculaire des *polypes muqueux*. On a décrit également un *fibrome vésiculaire* développé au détriment du tissu sous-muqueux. On en trouve des exemples dans l'*Atlas d'anatomie pathologique* d'Albers (IV^e pl. 38 et le texte, IV, p. 490). Ces tumeurs peuvent être enlevées par une cholécystectomie partielle suivie de fermeture de la vésicule.

Von Schmeppel cite des observations de myxome de la vésicule justiciable du même traitement.

Les *kystes hydatiques* de la vésicule pouvant, suivant leur volume, leur situation, entraîner soit la cholécystectomie, soit la cholécystendyse.

Ces dernières affections vésiculaires sont rares ; nous avons cru devoir les signaler néanmoins, puisqu'elles peuvent, malgré tout, constituer des indications de l'opération qui fait le sujet de cette thèse.



DEUXIÈME PARTIE

MANUEL OPÉRATOIRE

Le manuel opératoire de la cholécystendyse est simple. Mais il faut se souvenir que dans toutes les opérations sur les voies biliaires on ne peut savoir avant d'avoir ouvert le péritoine et exploré les parties malades quel genre d'opération on pratiquera. La clinique ne permet pas un diagnostic assez précis pour que le chirurgien puisse se dire qu'en présence de tel malade il fera telle opération déterminée ; ce n'est que lorsqu'il aura en main les voies biliaires, lorsqu'il aura étudié les diverses lésions, qu'il pourra prendre sa détermination.

Une première question découle naturellement de ce fait. Quelle incision faudra-t-il pratiquer ?

Cependant, si la clinique ne donne pas toujours la précision de diagnostic voulue, dans la plupart des cas elle permet de savoir si l'on a affaire à de la lithiasé vésiculaire ou à de la lithiasé des voies profondes. Or, anatomiquement, la laparotomie médiane conduit directement sur le cholédoque, la laparotomie latérale, sur la vésicule,

Voilà une première indication. Dans quelques cas on aura à manœuvrer à la fois sur le cholédoque et sur la vésicule et il se peut alors que l'une ou l'autre de ces deux incisions soit insuffisante. On pourra alors faire

une laparotomie en **T** ou en **L**. Il ne faudra se livrer à pareille pratique que si l'on y est obligé, car l'incision cruciale prédispose plus que toute autre aux éventrations consécutives.

Si l'on n'est pas guidé dans le choix de l'incision par des symptômes nettement vésiculaires, mieux vaudra pratiquer la laparotomie médiane qui permet à la rigueur des manœuvres sur la vésicule.

La laparotomie latérale peut se faire soit sur le bord externe du droit antérieur, soit à travers le muscle lui-même. Cette dernière laparotomie transmusculaire est réservée plutôt à des opérations de nature un peu spéciale comme la cholécystotomie par le procédé de Delagenière.

Enfin, outre ces laparotomies verticales, d'autres incisions ont été proposées.

L'incision parallèle au rebord des fausses côtes. Cette laparotomie permet d'aborder facilement le bord inférieur du foie et la vésicule. Si l'on avait besoin d'encore plus de place, on pourrait y joindre la résection cortale, comme le fait Lannelongue, ou encore combiner cette laparotomie transversale avec une laparotomie verticale sur le bord externe du muscle droit. Rarement, les lésions vésiculaires qui nous occupent exigeront pareille manœuvre, c'est plutôt dans les cas de lésion intra-hépatique qu'on pourra être obligé d'y recourir.

Un chirurgien de Chicago, Arthur Dean Beven a préconisé une incision en **S** qui consiste en une laparotomie latérale droite combinée à une incision oblique supérieure en dedans et à une incision oblique inférieure en dehors. Cette incision donne beaucoup de jour.

Disons qu'en principe nous préférons l'incision verticale pure que toutes les incisions combinées. Elle prédispose moins à l'éventration, qu'elle soit médiane ou latérale, que les incisions transversales qui sectionnent les muscles parallèlement à leurs fibres.

Mais quelle que soit l'incision choisie, nous conseillons de la pratiquer grande. Il faut du jour, il faut y voir. Les manœuvres sur les voies biliaires sont trop délicates et trop difficiles pour sacrifier au désir de faire une petite ouverture les avantages et les facilités que donne une grande incision. Or, souvenons-nous que l'exploration minutieuse des voies biliaires s'impose avant de refermer la vésicule. Cette exploration nécessite à elle seule une incision assez longue. A plus forte raison si l'on devait pratiquer conjointement à la cholécystendyse une cholédocotomie ou une cysticotomie.

Que penser de la voie lombaire qui a été préconisée par quelques chirurgiens ?

C'est généralement par suite d'une erreur de diagnostic qu'on y a eu recours comme le montrent les observations de Schwartz, de Tuffier, de Reboul, de Lejars. Nous n'en voyons pas nettement les avantages et nos préférences vont à la voie antérieure.

Enfin, chez l'enfant nous suivrons le conseil donné par Vincent (de Lyon) au *Congrès de chirurgie* de 1888. Ce chirurgien ayant eu à opérer chez un enfant une tumeur biliaire énorme d'une contenance de trois litres, tire de son travail les conclusions suivantes :

« Chez les enfants, qu'on veuille faire la cholécystectomie ou la cholécystotomie, il faut préférer l'incision médiane sus-ombilicale à l'incision recommandée chez

l'adulte, sur le bord externe du muscle droit. En effet, la topographie normale n'est pas conservée dans ces conditions, le foie est considérablement abaissé et l'incision latérale ne fournit pas un champ d'exploration assez vaste. La laparotomie médiane permet plus sûrement de se rendre compte de l'état des conduits excréteurs et de choisir en connaissance de cause entre l'ablation ou l'incision de la vésiculaire biliaire. De plus, avec l'incision latérale, les sutures pariétales se trouvent au contact du foie et dans un cas de M. Vincent, l'érosion du foie par un fil a suffi à déterminer une hémorragie mortelle ».

Retenons de ce qui précède que chez l'enfant l'incision médiane est préférable.

En résumé, si l'examen du malade permet de penser que c'est sur la vésicule seule que doit porter l'acte opératoire, on fera une incision latérale. Si les voies principales semblent être prises en même temps que la vésicule, on fera la laparotomie médiane avec ou sans débriement transversal. L'incision aura toujours une longueur de 12 à 15 centimètres.

Chez l'enfant, on fera de préférence la laparotomie médiane sus-ombilicale.

L'incision étant faite, on tombe sur la vésicule. C'est par elle qu'il faut commencer l'exploration de l'appareil biliaire. Disons tout de suite que ce n'est pas toujours chose facile, des adhérences plus ou moins étendues pouvant englober les divers organes situés à la face inférieure du foie et les rendre méconnaissables.

En général cependant il n'en est pas ainsi : Voici d'après notre maître, M. Schwartz (*Chirurgie du foie, 1901*), comment elle se présente le plus souvent :

« Elle peut être très volumineuse, bomber dans l'incision et gêner beaucoup l'exploration consécutive qui nous montrera un calcul du cystique et, si celui-ci n'existe pas, un cancer du pancréas ou toute autre lésion pouvant comprimer le cholédoque. Elle peut ne pas exister, être recroquevillée et nous faire songer immédiatement à une lithiasé de ce dernier.

» L'indicateur droit la suit, la palpe d'avant en arrière il y sent les calculs qu'elle peut contenir, il se rend compte de son intégrité ou de l'épaississement de la paroi, de son volume, de sa consistance etc., etc., il doit suivre le col du cystique et aller explorer le cystique. L'on sentira s'il n'y a là aucune dureté, aucune saillie ; si elle est fixe ou mobile ; il faut s'y reprendre à plusieurs fois pour arriver à se rendre compte de ce que l'on sent : est-ce un calcul, est-ce un ganglion ? Dans un cas de calcul du cystique mobile, nous avons recommencé l'examen trois fois avant de porter un diagnostic ferme de concrétion biliaire tellement on pouvait songer à un ganglion. La cysticotomie et l'extraction du cholélithe nous montra que nous avions été dans le vrai ».

Cette exploration étant faite, il faut passer à celle du cholédoque et du cystique. Si la vésicule est pleine de liquide, on pourra, comme le conseille Roux (de Lausanne), en comprimer le contenu vers la profondeur. Si le liquide s'échappe en partie par le cystique, on peut en conclure que ce dernier est perméable.

L'exploration nouvelle sera alors pratiquée soit en suivant la méthode de Kehr, qui conseille « de tourner le dos à la figure de l'opéré, de relever soi-même avec la main gauche ou de faire relever le foie par un aide,

pendant qu'avec la main droite on va explorer la face inférieure de la glande » (Schwartz, *Chirurg. du foie*), soit simplement en procédant avec la main droite.

Pour l'exploration du cholédoque et du cystique, c'est la vésicule qui sert de point de repère important. Aussi, quand elle est atrophiée, la difficulté est augmentée d'autant.

En la suivant, on explore le cystique, on passe, toujours par continuité de contact, au cholédoque. Le deuxième point de repère est ici l'hiatus de Winslow : on introduit le doigt dans l'intérieur de l'hiatus et on palpe entre l'index et le pouce de la main gauche les éléments contenus dans le petit épiploon.

La palpation faite grâce à la présence de l'hiatus de Winslow ne permet d'explorer que la portion sus-duodénale du conduit. Cette exploration sera plus difficile si l'hiatus est oblitéré par des adhérences.

Quant à la portion rétro-duodénale, elle est plus difficile à aborder. On a conseillé pour l'explorer de faire de véritables opérations consistant à ouvrir les feuillets péritonéaux qui la recouvrent et à la décoller ensuite du tissu pancréatique et intestinal avoisinant pour la palper directement. Il nous semble que ces manœuvres doivent être réservées aux cas où l'on a toutes les raisons de soupçonner la présence d'un calcul dans ces régions profondes et que, en dehors des types cliniques permettant de faire cette supposition, la palpation seule au travers des organes doit suffire.

Lorsque cet examen minutieux des voies biliaires est terminé, on peut être à peu près sûr de leur perméabilité.

« On peut dire que l'exploration méthodique et bien

faite par la laparotomie, donnera presque toujours la solution du problème thérapeutique » (Schwartz, *Chirurgie du foie*).

On revient alors à la vésicule dans laquelle on a senti des calculs et on se prépare à l'inciser. Pour cela, il faut garnir le champ opératoire d'une façon parfaite, de façon à ce que les liquides contenus dans le réservoir vésiculaire ne puissent s'écouler dans la cavité péritonéale.

Il faut attirer la vésicule autant que possible en dehors du ventre. Glisser sous elle une grande compresse que l'on pousse le plus loin possible vers le hile du foie. Border également les parties latérales et supérieures de l'incision.

La vésicule étant ainsi maintenue par les compresses et au besoin par un aide qui l'attire à l'aide d'une pince, on l'incise au bistouri si elle ne contient pas trop de liquide. Si le liquide est en assez grande quantité, il nous semble qu'il vaut mieux la ponctionner à l'aide d'un trocart.

Il s'écoule alors de la bile ou du liquide clair. La bile est généralement altérée et son écoulement s'accompagne d'expulsion de petits fragments calculeux ou d'une sorte de bouillie calculeuse.

On agrandit l'incision aux ciseaux. Quelle dimension faut-il donner à l'incision vésiculaire ? Cela dépend des cas, des dimensions de la vésicule et des difficultés que l'on pourra éprouver à en explorer complètement la cavité et à en extraire le contenu. On pourra commencer par une incision de 3 centimètres environ, quitte à l'agrandir si cela devient nécessaire, voire même tant soit peu utile. On fait l'incision sur *le fond de la vésicule*.

On retire alors les calculs qu'elle contient à l'aide d'une pince que l'on introduit dans la cavité. On « va à la pêche » des calculs. Lorsqu'on n'en trouve plus à l'aide de la pince, il faut chercher si l'on n'en a pas oublié par une palpation externe de la vésicule analogue à celle que l'on a pratiquée avant l'ouverture pour l'exploration simple à travers les parois. Ensuite, à l'aide d'un stylet métallique, on cherche dans tous les replis le contact du calcul, on explore comme on explore la vessie calculeuse avec en plus la facilité que donne l'incision. C'est dans ce temps de l'opération qu'on devra songer aux diverticules possibles. Dans les cas où toutes ces manœuvres ne donnent aucun résultat, où l'on a toutes les raisons de penser qu'on ne laisse pas, qu'on n'oublie pas de calculs, on pratiquera le cathétérisme des voies biliaires à l'aide d'une sonde en gomme très fine et semi-rigide. Il ne faudra pas insister sur cette manœuvre et si l'on éprouve de la résistance au niveau du col de la vésicule, il faut savoir que les replis diverticulaires normaux de cette région peuvent rendre ce cathétérisme impossible sans qu'on ait le droit pour cela de conclure à la présence d'un obstacle pathologique.

Généralement, si l'on franchit le cystique, la sonde pénétrera facilement plus loin.

On passe ensuite à l'examen des parois de la vésicule. Ici deux cas peuvent se présenter, ces parois sont très malades, très épaisses, la muqueuse éversée présente des ulcérations profondes, il y a des adhérences à la périphérie, dans ce cas, la cholécystectomie ou la cholécystostomie pourront être employées, mais il faudra renoncer à la cholécystotomie idéale à moins toutefois que le fond seul de la vésicule soit malade.

C'est dans ces cas que la *cholécystectomie partielle* pourra permettre par l'ablation des parties malades de suturer en tissus sains.

Cette section sera faite aux ciseaux, on abrasera le fond de la vésicule. La section saigne généralement un peu, mais cette hémorrhagie s'arrêtera par la suture. Il ne faut pas s'en préoccuper outre mesure. On pourra au besoin toucher légèrement au thermo-cautère les points les plus saignants.

Ceci fait, on arrive à la *suture de la plaie vésiculaire*.

Celle-ci sera faite en trois plans. Avant d'y procéder, on étanche la cavité vésiculaire qui contient du sang et la bile qui s'écoule généralement en quantité variable venant de la profondeur.

A ce moment, on change les compresses, on essuie soigneusement les lèvres de la plaie, à l'aide de linges aseptiques et on introduit dans la cavité vésiculaire une petite mèche légèrement tassée sortant par l'un des angles de l'incision. On procède alors à la fermeture par un premier plan musculo-muqueux au catgut très fin. Ce plan sera fait à points séparés ou en un surjet suivant l'habitude du chirurgien à l'aide d'une aiguille de Reverdin très fine analogue à celle que l'on utilise pour les sutures intestinales. Lorsque ce premier plan est presque terminé, on retire la mèche contenue dans la vésicule et on achève la fermeture.

Par dessus ce premier plan, on en fera un 2^e à la Lembert, ne prenant que le péritoine et quelques fibres de la couche moyenne. Ce plan sera de préférence fait à la soie fine et à points séparés ou en surjet comme le premier. Il recouvrera entièrement le premier par l'affrontement du péritoine.

Un 3^e plan pourra, suivant les cas, être établi. Il consistera en quelques points plus espacés de soutien.

Telle est la suture telle que l'a décrite Bernays et telle que la pratiquent presque tous les chirurgiens qui ont fait la cholécystotomie idéale.

On rentre ensuite la vésicule, on l'abandonne dans l'abdomen que l'on referme. Les modifications de Senger, de Langenbuch, de Bloch, que nous avons décrites en faisant l'historique de la question et qui consistent presque toutes en une cholécystopexie ne sont pas, d'après nous, recommandables puisqu'elles créent des adhérences entre deux organes mobiles, la paroi et la vésicule, ce qui amène fatalement des tiraillements douloureux.

OBSERVATIONS

Obs. I. — (Due à M. le Dr SCHWARTZ.)

Il s'agit de la femme Riv. . . . receveuse de chemin de fer, âgée de 45 ans, mariée à 22 ans $1\frac{1}{2}$.

Les antécédents héréditaires de la malade sont bons.

Ses antécédents personnels également. Elle a eu quatre enfants.

Il y a 18 ans, elle fut prise pour la première fois, brusquement, d'une crise violente de colique hépatique, cette crise s'accompagna de fièvre, mais *non d'ictère*.

Depuis cette époque, de nombreuses crises se sont succédé, fréquentes, très rapprochées les unes des autres.

Dans l'intervalle des crises, il persistait une sensibilité très notable de la région hépatique, et la malade était sujette à des accès de fièvre. Somme toute, depuis dix-huit années, cette malade n'a pas cessé de souffrir considérablement au moment des crises, puisqu'elle en arrivait à se rouler sur le sol, et moins violemment dans l'intervalle.

La crise durait en général 12 heures. Elle était marquée au début par une céphalée intense et des vomissements. Les douleurs très vives occupaient le flanc droit avec irradiation vers l'épaule droite.

Les matières fécales n'étaient jamais complètement décolorées.

Pas d'ictère proprement dit, quelquefois, au moment des crises, une légère teinte subictérique. Les urines étaient pendant la crise de couleur acajou.

Entre les crises, de temps à autre, la malade était en proie à des frissons avec sensation de froid, grelottement, suivis de sensation de chaleur et ensuite d'un stade de sueur.

Le médecin de la malade a perçu la présence d'une tumeur qui est la vésicule calculeuse.

Tous les traitements médicaux furent inefficaces, deux saisons à Vichy restèrent sans effet; dans ces conditions, la vie devenant, du

fait des douleurs, absolument insupportable, l'intervention chirurgicale fut reconnue nécessaire.

Examen de la malade. — A son entrée à l'hôpital, 5 novembre 1898, la malade ne souffre pas. La palpation de la vésicule ne réveille pas de sensibilité. La dernière crise date de deux mois. Le dernier accès de fièvre de un mois.

On sent à peine la vésicule biliaire, elle déborde très peu le bord inférieur du foie, lequel déborde lui-même les fausses côtes d'un travers de doigt seulement.

La rate n'est pas perceptible.

L'état général est bon.

L'appétit est conservé, sauf au moment des crises.

Il n'y a pas d'ictère.

Le 9 novembre, on sent nettement la vésicule, dure, probablement bourrée de calculs; on perçoit très nettement sa présence par le palper bi-manuel.

OPÉRATION. — Le 10 novembre.

Sous le chloroforme, on sent nettement la vésicule sous forme d'une poire dure. Incision verticale sur le bord externe du grand droit.

On arrive sur la vésicule, grosse comme une petite mandarine. Quelques adhérences de son sommet à l'épiploon sont facilement rompues. On ne trouve rien dans le canal cholédoque par une palpation minutieuse. Rien dans le cystique. Mais dans la vésicule existe un gros calcul.

On fait une ponction aseptique de la vésicule pour prendre de la bile, le champ opératoire étant bien garni de compresses.

Incision de la vésicule. Il s'en écoule de la bile verte et épaisse et un gros calcul arrondi du volume d'une noix environ, pesant 16 grammes. La vésicule est alors minutieusement explorée, on étanche son contenu et on se met en devoir de la refermer par des sutures en deux plans, au catgut et à la soie fine. Le premier plan prend l'épaisseur de la paroi vésiculaire, le deuxième le péritoine à la Lembert.

Un petit drain est placé sous la vésicule avec deux petites mèches iodoformées. On referme la paroi.

Le 12 novembre, on enlève le drain.

Le 15 novembre, on enlève les mèches.

Le 20 novembre, on enlève les fils.

La cicatrisation est complète ; la malade n'a pas souffert depuis l'intervention et, le 2 décembre elle revient chez elle entièrement guérie.

Revue trois mois après, la guérison s'est entièrement maintenue.

Obs. II. — (Due à M. le Dr SCHWARTZ). — *Cholécystite calculuse*, — *Calcul soupape*. — *Altérations avancées du fond de la vésicule*. — *Adhérences à l'épiploon*. — *Cholécystectomie partielle, puis cystendyse*.

Femme âgée de 56 ans. N'est plus réglée depuis 10 ans. Il y a 26 ans, en 1873, cette malade fut prise d'accès de coliques hépatiques, elle eut plusieurs accès avec vomissements et fut soignée par un médecin des hôpitaux. Elle resta deux années à Vichy. Pendant 10 ans, elle fut tranquille. Elle vomissait de temps en temps.

Le 15 janvier 1897, elle fut prise de vomissements avec crampes d'estomac, sans ictère. Elle présentait un point douloureux à droite, au-dessous du foie.

En juin 1898, elle a des crises tous les jours, on est obligé de la piquer à la morphine, elle a vomi huit jours de suite sans interruption ; à cette époque on la mit au régime de la glace et au champagne.

Depuis janvier 1899, les douleurs ne la quittent pas. Elle perd l'appétit, maigrit. Les vomissements sont alimentaires et bilieux.

Actuellement, elle a des crises plus longues, mais moins violentes. Elle présente l'aspect d'une femme amaigrie et fatiguée. Elle n'a pas de fièvre, 37°, 36° 8. Le pouls est à 68, un peu faible. Il existe une légère teinte subictérique, mais pas d'ictère proprement dit. Le ventre est normal et ne présente aucune voussure.

Très nettement, à droite, sous les fausses côtes, on sent une tuméfaction profonde qui a la forme de la vésicule. Les douleurs spontanées sont très vives et localisées à la pression tout le long du rebord des fausses côtes.

Le foie est légèrement augmenté de volume. Les urines sont normales.

INTERVENTION le 13 mai 1899.

Chloroformisation. On fait une laparotomie latérale. La vésicule est dilatée ; elle est malade au niveau de son fond et adhérente à

l'épiploon. On détache les adhérences. On ouvre la vésicule et on fait l'ablation d'un gros calcul faisant soupape, de 4 centimètres de long sur 2 1/2 d'épaisseur. La bile s'écoule aussitôt à l'extérieur. On l'étanche. On fait ensuite l'excision du fond de la vésicule qui est altéré et on ferme celle-ci par deux plans de sutures au catgut et à la soie fine. Une mèche entoure le fond de la vésicule et sort par la plaie abdominale.

Fermeture de la paroi.

Les suites furent très simples. Ablation de la mèche au quatrième jour. Rien ne sort par son orifice qui était entièrement fermé le mercredi 24 mai.

La malade ne souffre plus du tout depuis lors, elle commence à s'alimenter. Elle fait deux petites escharres fessières très superficielles et sans importance.

Elle se lève au 20^e jour. Elle a été depuis revue complètement guérie, au bout d'un an.

L'examen de la partie de la vésicule enlevée présente des lésions suppuratives inflammatoires, on trouve sur certains points des amas de globules blancs.

OBS. III. — (Due à M. le D^r SCHWARTZ). — *Tuberculose du rein droit. — Calculs de la vésicule biliaire. — Néphrectomie et cholécystotomie idéale (1898).*

Femme âgée de 35 ans, présente des antécédents tuberculeux. Elle a une ancienne coxalgie du côté gauche avec luxation iliaque. Elle est de santé assez faible. Tousse de temps en temps. Sujette aux bronchites. Elle a eu deux crises successives de coliques hépatiques avec vomissements. Il y a 8 mois, la malade s'aperçoit en se déshabillant d'une grosseur qu'elle présente dans l'abdomen. Cette grosseur occupe le flanc droit mais descend parfois à gauche en dépassant un peu la ligne médiane. Deux mois après cette constatation, elle fut prise de douleurs intolérables dans la région lombaire. Ces douleurs cessaient dès que la malade était au repos ou couchée. Elles augmentaient au contraire lorsqu'elle travaillait.

A son entrée à l'hôpital, on constate dans la moitié droite de l'abdomen une tumeur semblant se continuer avec le foie mais non avec les organes du petit bassin; cette tumeur a le volume des deux poings, la percussion est douloureuse. Lorsqu'on applique les deux

main à la partie inférieure de l'abdomen, on sent la tumeur se mobiliser et remonter vers la région hépatique.

Légère fièvre le soir, le matin, la malade se sent mieux. On songe soit à une vésicule remplie de calculs, soit à une tumeur du rein.

INTERVENTION le 15 février.

Laparotomie latérale droite. On tombe sur une tumeur volumineuse recouverte par l'épiploon très adhérent. On détruit prudemment ces adhérences, on découvre alors une seconde enveloppe que l'on incise et l'on met à nu le rein droit. L'organe est volumineux, lobulé, de couleur jaune, de forme irrégulière. L'uretère est volumineux, bosselé, irrégulier. On le suit jusque dans le voisinage de la vessie. On le sectionne aussi bas que possible après avoir placé une ligature et on enlève le rein.

Avant de refermer l'abdomen, on examine la vésicule biliaire. Celle-ci contient 47 petits calculs ; après ablation de ceux-ci on referme la vésicule dont les parois sont en bon état et dont le contenu ne paraît pas septique. On la referme en trois plans dont un musculo-séreux, les deux autres séro-séreux.

On draine ensuite la loge rénale et on referme l'abdomen.

Les suites sont très simples, la malade sort guérie le 28 février. Elle a été revue guérie au bout de deux ans.

OBS. IV. — (due à M. le D^r SCHWARTZ). — *Carcinome du foie avec cholélithiase. — Cholécystotomie idéale.*

Femme Lev..., entrée à Cochin, le 5 février 1897, sortie le 7 mars 1897.

Le père et le grand-père de cette malade ont eu des affections du foie.

Elle est d'une bonne santé habituelle.

Elle n'est malade que depuis trois mois. L'affection a débuté par des douleurs dont le maximum occupait la région hépatique et s'irradiant vers le sternum. En même temps que ces douleurs apparaît un ictère. Les douleurs sont depuis cette époque variables, intermittentes. De plus, la malade accuse de la lassitude et de l'inappétence.

La palpation décèle la présence d'une tumeur située à la partie inférieure du foie, faisant une légère saillie appréciable même à l'inspection.

Le foie est légèrement augmenté de volume. La douleur est submate à la percussion.

A côté de cette tumeur, on sent un gros noyau à sa partie interne.

L'analyse des urines ne décèle rien de particulier.

La fièvre s'élève, le soir, parfois à 39°.

A L'OPÉRATION, on trouve une vésicule énorme, pleine de calculs : sa ponction ne donne qu'un peu de sang. Le lobe droit du foie recouvre cette vésicule ; il est parsemé de noyaux cancéreux ; dans l'épaisseur de la vésicule elle-même, on trouve des noyaux ; il en existe également dans l'épiploon.

On incise la vésicule, on en extrait les calculs. On la referme en trois plans, au catgut et à la soie fine.

La malade sort le 7 mars. Les suites ont été très simples.

OBS. V. — (Due à M. le D^r SCHWARTZ). — *Cholécystotomie idéale. — Insuccès thérapeutique. — Guérison opératoire. — Cholécystostomie consécutive. — Insuccès thérapeutique.*

Femme B..., âgée de 30 ans, entrée à Cochin le 24 novembre 1899, sortie le 28 janvier 1900.

Cette malade entre pour des crises de colique hépatique ayant apparû il y a 1 an pour la première fois. Jusque-là la santé avait été assez bonne. La mère de la malade était nettement arthritique mais elle n'avait jamais eu de lithiase biliaire.

Le début de l'affection actuelle date d'un an, début brusque par une violente douleur dans l'hypochondre droit avec vomissements et tendance à la syncope. Cette crise se reproduisit tous les jours pendant une semaine. Vers le 5^e jour, apparition d'une teinte subictérique surtout au niveau du front. Urines très foncées. Selles décolorées. On ne remarque pas de calculs dans les selles.

Cette première attaque fut suivie d'une accalmie de 3 mois. A ce moment, une nouvelle attaque survint présentant les mêmes caractères que la première et, comme elle, d'une durée de 8 jours.

Depuis, la malade a été bien portante jusqu'au mois de septembre. Les douleurs reparurent alors pour ne plus la quitter. Les crises sont subintrantes, elles surviennent presque tous les jours, s'accompagnent de décoloration des selles et d'ictère léger, elles s'accompagnent de vomissements.

Le 26 novembre, on examine la malade. la palpation réveille sur

le bord externe du droit, au-dessous des fausses côtes, une douleur excessivement violente. On ne peut sentir la moindre tuméfaction.

Les jours suivants, on constate une crise quotidienne de colique hépatique.

OPÉRATION le 30 novembre. Anesthésie chloroformique.

La paroi est très épaisse. La vésicule est petite, ses parois semblent absolument normales. On sent dans son intérieur un seul calcul.

Après avoir attiré la vésicule dans l'incision et bien protégé l'abdomen par des compresses, on incise la vésicule sur le calcul.

Celui-ci est un calcul vert pistache, il a la forme d'un haricot dont une des extrémités est effilée. La consistance est molle. C'est une sorte de pâte formée apparemment de biliverdine, dans laquelle sont incrustés de petits calculs brun-clair à petites facettes. On en perçoit une quinzaine à la surface. On referme la vésicule par une rangée de sutures muco-muqueuses et par deux rangées de sutures séro-séreuses.

On met un drain et deux mèches sous la vésicule.

Le 1^{er} décembre, l'état est excellent, le pouls bon, la température normale.

Le 2 décembre, on enlève les mèches, elles ne sont pas teintées par la bile. L'état général est excellent. Un quart d'heure après le pansement, la malade a une crise violente analogue à ses crises antérieures. Elle a été calmée rapidement par la morphine. Sans doute, il s'agit d'un spasme de la vésicule due à son excitation par l'enlèvement des mèches. L'état est très satisfaisant.

Le 7 décembre, dans la nuit, nouvelle crise. Les douleurs ont commencé vers 40 heures, elles ont été surtout violentes de minuit à 2 heures. Elles sont analogues aux crises d'autrefois.

Le 9 décembre, nouvelle crise.

10 décembre, quatrième crise.

Les crises se répètent tous les jours et le 16 décembre, on pratique une NOUVELLE INTERVENTION.

On repasse par la première incision. Les tissus sont complètement réunis. A la partie inférieure de l'incision, on trouve une petite poche séro purulente, au niveau de la mèche. Les adhérences rendent l'abord du péritoine et de la vésicule autrement difficile que la première fois. On trouve des calculs à moitié résorbés. La vésicule est entourée par l'épiploon adhérent.

Il est impossible d'attirer la vésicule au dehors, on ne constate pas de calculs dans sa cavité, on n'en sent pas par la palpation des voies profondes. On suture la vésicule au péritoine de façon à l'isoler de la cavité péritonéale.

Puis, on fait l'incision de la vésicule au bistouri. On passe une sonde en caoutchouc rouge à frottement. Il s'écoule une quantité notable de bile.

Un drain et deux mèches sont placés sous la vésicule.

18 décembre. — La quantité de bile écoulée d'hier à aujourd'hui est de 80 grammes. La malade a un peu souffert cette nuit et ce matin.

19 décembre. — On retire le drain et les mèches. L'écoulement de la bile est aujourd'hui moins abondant : 30 grammes.

20 décembre. — L'écoulement est de nouveau plus abondant : 60 grammes. La malade éprouve encore par moments de légères douleurs. On retire la sonde.

21 décembre. — L'écoulement de bile est plus abondant, il semble alterner et être plus abondant tous les deux jours.

22 décembre. — Très peu de bile. On essaye en vain d'en recueillir une certaine quantité avec une pipette.

24 décembre. — Pas le moindre écoulement de bile. On pénètre cependant avec une sonde cannelée dans la vésicule.

25 décembre. — La malade se plaint toujours de douleurs irradiées vers l'épaule droite. La bile ne s'écoule toujours pas.

26 décembre. On met dans l'ouverture de la vésicule une petite tige de laminaire.

27 décembre. — On retire par l'ouverture un calcul gros comme un pois. On en sent un autre dans le fond de la vésicule, on n'arrive pas à l'extraire. On replace une tige de laminaire plus volumineux.

28 décembre. On remplace la tige par un drain, toujours pas d'écoulement de bile.

29 décembre. — On essaye avec une curette d'extraire le calcul enclavé dans l'origine du canal cystique. On n'y parvient pas. On retire de la vésicule quelques caillots mous mêlés de bile et de tumeurs. On replace un drain.

30 décembre. — Toujours, la malade éprouve des douleurs vagues.

31 décembre. — La malade a remué beaucoup, son drain est sorti et il est impossible de le rentrer. On est obligé de remettre

une laminaire. Au moment même où la laminaire est introduite, les douleurs de colique hépatique se reproduisent.

1^{er} janvier. — On peut remplacer la laminaire par un drain. La malade a souffert toute la journée d'hier. Toujours pas de bile.

2 janvier. — Le drain est de nouveau sorti. L'orifice de la vésicule est considérablement rétréci. Nouvelle laminaire.

3 janvier. — La laminaire n'avait pas été placée hier jusque dans la vésicule dont l'orifice est très profondément situé. On place une nouvelle tige dans l'orifice et on la fait tenir par un collodion de façon à empêcher le malade de l'expulser. Dès que la tige est introduite, les douleurs commencent.

4 janvier. — La laminaire a encore été presque expulsée. Cette fois, on place un drain qui descend jusque dans la profondeur de la vésicule. La simple exploration avec la sonde cannelée, le simple contact du drain réveillent les douleurs habituelles.

5 janvier. — La malade a fait un peu de température. Elle a fait encore hier sa crise comme d'habitude après le pansement.

6 janvier. — Une légère quantité de bile aujourd'hui, on procède au cathétérisme des voies biliaires. Avec une sonde n° 9 on pénètre dans le canal cystique. La sonde entre jusqu'à 20 centimètres. On sent que la sonde est serrée sur un point, elle arrive à passer entre la paroi du canal et le calcul qui y est enclavé.

8 janvier. — Il n'y a pas eu de nouvel écoulement de bile. L'introduction du drain dans la vésicule provoque toujours les mêmes douleurs.

16 janvier. — On procède encore une fois à l'exploration des voies biliaires. On trouve difficilement l'orifice du canal cystique dans lequel on finit par pénétrer cependant. On est d'ailleurs rapidement arrêté sans qu'on puisse dire que l'arrêt soit dû à un calcul.

Avec une sonde métallique, on ne sent pas de calcul dans la vésicule qui est considérablement rétractée sur le drain et ressemble actuellement à un cylindre. On peut laisser cette vésicule se refermer. Pansement à plat.

17 janvier. — Crise très violente avec vomissements.

18 janvier. — Pas de crise.

19 janvier. — Nouvelle crise à 4 heures du soir. Calmée rapidement par la morphine.

20 janvier. — L'orifice est presque complètement refermé.

23 janvier. — Deux crises dans la journée.

24 janvier. — Une crise. La malade souffre presque constamment

27 janvier. — L'orifice est fermé. La malade sort dans la soirée, une crise très violente s'était déclarée dans la matinée.

En un mot, cette malade sort avec les mêmes symptômes qu'à son entrée. Sa lithiasé biliaire continue.

OBS. VI. — (JULLIARD, *Rev. méd. de la Suisse Romande*, 1895, N° 40). *Cholécystotomie idéale*.

M. Louis, 35 ans, berger. Bien portant habituellement. Pris, le 26 avril 1893, vers 10 heures du soir, de violentes douleurs dans l'abdomen.

Le 27, il n'y a pas d'amélioration, la constipation est absolue, ni matières, ni gaz. L'abdomen est tendu et douloureux.

Le 28, même état, ni selles, ni gaz, vives douleurs.

Le 29, le malade vient à la Polyclinique. On diagnostique une pérityphlite. On l'envoie à l'hôpital où il entre à 5 heures du soir.

Etat actuel. — Homme de grande taille, bien conformé. Le ventre est ballonné. Voussure siégeant à droite à la hauteur de l'ombilie. Les limites en sont diffuses. A la vue, cette voussure paraît se continuer dans la fosse iliaque. Sa surface est libre, sans bosselures. La peau est hyperhémiciée. On sent à la palpation que la tumeur se continue dans la profondeur.

La sensibilité spontanée est très exagérée. La fosse iliaque est sonore, il n'y a pas d'ictère. La température est de 38°. Il existe de la dyspnée. On hésite entre une appendicite, un étranglement interne ou une péritonite. On décide l'intervention.

OPÉRATION (par M. Julliard).

Anesthésie : ether et morphine. Incision verticale de la peau à deux travers de doigt de l'ombilie, 6 centimètres. Incision du péritoine sur la même longueur que l'incision cutanée. A cette ouverture, il s'écoule environ 150 centimètres cube de liquide jaunâtre trouble.

Le péritoine est rouge et hyperhémicié. On arrive sur une tumeur rouge, allongée, qui, au premier abord, fait l'effet d'être le rein. Un examen plus approfondi montre que c'est la vésicule biliaire énormément distendue, ayant la forme et la couleur d'une grosse aubergine. Cette tumeur est parfaitement fluctuante.

Une ponction faite avec la seringue de Pravaz amène une petite quantité de liquide séreux, épais, filant. On essaie de retirer ce liquide par une ponction avec aspiration : il n'en sort environ que 10 centimètres cubes.

On attire alors la vésicule au dehors et on l'incise largement sur une longueur de 5 centimètres. Il s'en écoule alors 150 centimètres cubes de liquide épais, jaune-clair, puis sanguinolent avec des reflets verdâtres. En même temps s'échappe une dizaine de calculs polyédriques de cholestérine.

Le doigt introduit dans l'ouverture sent encore des calculs, entre autres un gros qui est prisonnier dans le cystique. On les extrait avec la curette tranchante, ce qui porte leur nombre à 18.

Après quoi, ayant constaté que le cystique est oblitéré entièrement, on suture les parois de la vésicule avec une double rangée de points de Lembert.

On en met 13 de première rangée et 18 de seconde. En tout 31 sutures sur la vésicule, faites avec des catguts, suture du péritoine, au catgut, suture profonde des muscles, au catgut et de la peau au fil de soie. L'opération a duré 4 h. 50.

Le lendemain, l'abdomen est moins douloureux à la pression. La moitié gauche ne l'est plus du tout. La fosse iliaque gauche ne l'est presque plus.

Seule la région opératoire est encore douloureuse. Le malade se sent très soulagé, pas de fièvre. Le pouls est bon, il n'y a pas de vomissements, pas de selles, pas de gaz.

Le 30 au soir, le malade va moins bien, il ne ressent aucune douleur, mais il est inquiet, agité, il a des vomissements bilieux, pas de selles ni de gaz. Le pouls est bon, la respiration calme, la T. = 38°2.

Depuis le 30 jusqu'au 4 mai, le malade a passé par des alternatives de haut et de bas. Dès le 4 au matin, l'amélioration a été définitive. L'appétit est revenu et les fonctions intestinales sont rétablies.

Le 5, on enlève les fils de suture.

La réunion par première intention est complète et le malade quitte l'hôpital le 10 mai. Il est complètement rétabli.

Revu 6 mois après en parfait état de santé.

OBS. VII. — (Roux, de Lausanne, *Revue méd. de la Suisse Romande*, 1890).

M^{me} B., ménagère, 52 ans, antécédents de péritonite puerpérale en 1868, ménopause à 50 ans.

Il y a un an, crise de douleurs péri-ombilicales avec frissons, sueurs froides. ces crises se répètent tous les 8 ou 15 jours, elles commencent 2 heures après le repas, sont caractérisées par de violentes douleurs dans tout l'abdomen, elles durent 12 heures, la douleur s'irradie vers le sternum, l'épaule droite, pas d'ictère, l'estomac est dilaté avec ptose.

INTERVENTION le 28 janvier 1890.

Incision médiane sus-ombilicale. On trouve l'estomac très dilaté, le pylore est très épaissi, sans néoformation, mais l'épaississement est dû à un spasme. On dilate le pylore avec les doigts.

La vésicule est augmentée de volume. On l'attire à la paroi. Elle laisse exprimer en partie son contenu liquide. Donc le cystique est libre.

On garnit soigneusement le champ opératoire, on incise la vésicule sur une longueur de 3 cent. et on retire un calcul olivâtre. Il s'écoule de la bile verte. On suture la vésicule par un plan muqueux.

Un deuxième plan musculo-séreux, en surjets indépendants. Trois points coupés de contrôle sont posés sur la séreuse. Suture de la paroi. Le 6 février on enlève les sutures.

Guérison très simple. Les troubles gastriques continuent cependant.

OBS. VIII. — (Roux, de Lausanne, *Revue méd. de la Suisse Romande*, 1890).

M^{me} B. . . , brocheuse, 45 ans, entre le 22 juillet 1890 pour cholécystite calculeuse. Depuis 5 ans, elle présente 3 à 4 crises par an de coliques hépatiques. Jamais elle n'a eu d'ictère. On sent, sous le foie, une tumeur arrondie du volume d'une mandarine.

INTERVENTION le 24 juillet 1890.

Incision latérale droite de 12 à 13 centimètres.

La vésicule est arrondie, rougeâtre, distendue. On sent des calculs dans son intérieur.

On essaye de l'exprimer, ce qui réussit.

Son contenu est expulsé, ce qui indique que le cystique est libre. On attire alors le fond de la vésicule dans la plaie. On l'entoure de gaze, on fait une incision de 2 centimètres et on extrait ainsi avec de la bile brun-clair, 5 calculs irréguliers.

Les parois de la vésicule sont saines, il y a peu ou pas d'adhérences. On suture l'incision vésiculaire par un surjet de catgut sur la muqueuse. Un surjet de soie sur la séro-musculaire et trois points coupés de contrôle sur la séreuse.

On suture les parois après avoir pris le pôle de la vésicule dans une anse de catgut que l'on tord en 8 avant d'en passer les bouts dans les lèvres de la plaie abdominale. De cette façon, le fond de la vésicule avec sa suture sera fixé à la paroi abdominale pour quelques jours, mais la torsion du fil l'empêchera peut-être d'y créer des adhérences spontanées.

Suites simples. Guérison.

CONCLUSIONS

I. — La cholécystotomie idéale est une opération d'exception.

II. — Elle ne doit être pratiquée que lorsque les trois conditions suivantes sont réunies :

- a)* Vésicule à peu près saine.
- b)* Absence d'infection des voies biliaires.
- c)* Perméabilité des canaux cystique et cholédoque.

III. — Si le fond de la vésicule est seul altéré on peut le réséquer et refermer ensuite la vésicule, combinant ainsi la cholécystotomie idéale avec la cholécystectomie partielle.

IV. — Si les canaux cholédoque et cystique sont oblitérés par des calculs et si on peut les rendre perméables par une cysticotomie ou une cholédocotomie, on pourra ensuite refermer la vésicule, combinant ainsi la cholédocotomie et la cholécystendyse.

V. — Les indications principales de cette opération sont :

- a)* La lithiase vésiculaire pure sans infection.
- b)* Les plaies traumatiques de la vésicule.
- c)* Les plaies opératoires faites pour pratiquer le cathétérisme ou l'ablation de calculs profonds.
- d)* Les tumeurs bénignes de la vésicule.

VI. — Les avantages présentés par la cholécystendyse, sur les autres opérations vésiculaires sont :

a) La facilité d'exécution et la rapidité de guérison.

b) L'absence de fistulisation.

c) L'absence d'adhérences douloureuses consécutives.

VII. — Lorsqu'elle est bien indiquée, la cholécystotomie idéale donne d'excellents résultats. Les statistiques sont très bonnes.

VIII. — Le manuel opératoire est des plus simples. Suture en trois plans dont les deux superficiels à la Czerny-Lembert.

IX. — On n'emploiera pas les prétendus perfectionnements de Langenbuch et de Senger qui privent d'un des avantages importants, l'absence d'adhérences.

X. — Plus on opérera tôt les malades atteints de lithiase biliaire, plus les indications de la cholécystendyse seront fréquentes. D'ailleurs, si l'on cherche bien soigneusement les indications de la cholécystotomie idéale, au lieu de pratiquer par principe la cholécystostomie on arrivera à l'appliquer plus souvent pour le plus grand bien des malades.

Vu :

Le Président de la Thèse.

TILLAUX.

Vu :

Le Doyen :

BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

GRÉARD.

BIBLIOGRAPHIE

- Abbé R.** Chirurgie de la vésicule. *New-York med. Record*, 6 mai, p. 548.
- Bernays (A. C.)** A successfull case of ideal cholecystotomy with critical remarks on the pathology and the different opérative procedures practiced on the system of gall vessels. *Weekly med. Rev.*, Chicago, 1885, XII, p. 350-359.
- Bloch (O.)** Cholécystotomie extra abdominale. *Revue de Chir.*, 1895, N° 2, p. 117.
- Bobbs.** *Trans. of the Ind. Stat. med., Soc.*, 1868, p. 68.
- Baudouin (Marcel)**. Des opérations qui se pratiquent sur les voies biliaires.
- Bogaevski (A.)**. Ideal cholecystotomija. *Med. Obozr.*, Mosk., 1891, XXXV, p. 631, 634.
- Campaignac**. Des plaies des voies biliaires et de la ligature de la vésicule. *Bull. Acad. de méd.*, 1826.
- Courvoisier**. Cholécystendyse (2° cas). *Orig. K. Gesth Diac. Spital. Richen*, 1886.
- Id. 1890.
- Dandolo (A.)**. 1898. Fatti e ragioni per la colecistotomia ideale. *Gazz. d. Osp.*, Milano, 1898, XIX, p. 924-926.
- Delagenière**. Cholécystotomie intra-pariétale et transmusculaire ou cholécystotomie temporaire. *Revue de Chirurgie*, 1895, p. 923.
- Nécessité du drainage dans les opérations sur les voies biliaires accessoires et principales. *Congrès franç. de chirurgie*, 1898, p. 378.
- Delbecq.** Des lésions de la vésicule dans la lithiase. Thèse de Paris, 29 juillet 1892.
- Denucé**. Tumeurs et calculs de la vésicule. Thèse d'agrégation, 1886.
- Doyen (E.)**. Quelques opérations sur le foie et les voies biliaires. Cholécystotomie idéale ou à sutures perdues. Cholédochectomie avec cholédocorrhaphie. Cholécystotomie idéale. *Arch. prov. de chir.*, 1892, p. 149-178.
- *Revue de chirurgie*, 1899, p. 593.
- Mc. Fadden Gaston**. Chirurgie de la vésicule et des voies biliaires. *Journ. Amer. med. Ass.*, 1^{er} avril 1893.
- Gibson (C.-L.)**. Case of ideal cholecyst. *Med. Rec.*, 1894, XIII, p. 763.
- Gill (Mac)**. Choléc. idéale. *Brit. med. J.*, 1884, 6 octobre.
- Gross**. Cholécystendyse. *Med. News*, 1883, XIII, p. 646.
- Hanot**. La vésicule biliaire dans l'occlusion du cholédoque. *Bull. méd.*, juillet 1894.
- Hartmann**. Quelques points d'anatomie et de chirurgie des voies biliaires. *Soc. Anat.*, 1891.
- Heddeus**. Pathologie et chirurgie des tumeurs de la vésicule biliaire. *Beitr. z. klin. Chir.*, 1895, XII, 2.

- Heideken (V).** Ett Fall of ideal Cholecystotomi. *Föskra läk-sällsk. Haudl.*, Helsingfors, 1894, XXXVI, p. 851-855.
- Jawderski.** Cholécystendyse. *Cent. für Chir.*, 1894, N° 10, p. 237.
- Jones.** An improved techik for the avordance of fistule after cholecystostomy. *Annals of Surgery*, janvier 1898.
- Jordan.** Cholécystotomie idéale. Pas de calcul trouvé. Guérison. In **PETERSEN**, 1899, N° 92, p. 809, 16, VII, 97, p. 809.
- Julliard (G).** Cholécystotomie idéale. *Rev. méd. de la Suisse Romande*, 1895, XV, p. 542-544.
- Keen (W. W.).** A case of cholecystotomy. *Philad. Times*, 1885-6, XVI, p. 123-125.
- Kœhler.** Des opérations sur la vésicule. *Deut. Zeits. f. chir.*, 1895, XXXIX, 5 et 6.
- Kehr (H.).** Plaie par coup de feu de la vésicule biliaire. Cholécystotomie idéale. Guérison. *Centr. f. Chir.*, 1892, N° 31, p. 645-647. *
- Über 209 Laparotomien für gallenstein Krankhert. *Arch. f. klinische chirurgie*, 1896, Bd. III, 4^e ft., 2.
- Cholécystotomie idéale. *Berliner klin. Wochenschrift*, 1893, 9 et 16 janvier, 6 février.
- Korte.** *Berl. klin. Woch.*, 1889, 4 et 5.
- Historie der operationen auf Leber und gallenwegen. *Langenbeck's Arch.*, 1893.
- Kuemmell.** Cholécyst. idéale. *Berl. klin. Woch.*, N° 50, déc., 1896.
- Kuster.** Chirurgie de la vésicule biliaire. 2 cholécystotomies idéales. 1884, 1885, 16^e Cong. de chir. all., Berlin, 1887, p. 80.
- Cholécystendyse. *Verh. d. XX Cong. d. deut. Gesel. f. chir.*, 1891, p. 405.
- Kronlein.** *Orig. K. Gesel. Kantonspital*, Zurich, 1888.
- Cholécystendyse. *Orig. K. Gesel. Kantonspital*, Zurich, juin 1890.
- Lange.** Chol. idéale. *Med. News*, 1886, 2-3 janvier, p. 97.
- Langenbuch (C).** Zur modification der idealen cholécystotomie. *Berl. klin. Wochenschrift*, 1890, N° 10, p. 228.
- Cholécystendyse. *Verhandl. d. XVI^e Cong. d. Deut. Gesel. f. chir.*, Berlin, 1887.
- Cholécystotomie avec fixation à la paroi abdominale de la vésicule refermée. *Berl. klin. Woch.*, 19 janvier 1891, N° 3, p. 68.
- Léonté.** Intervention chirurgicale dans la lithiase biliaire avec hydropisie consécutive de la vésicule. Cholécystectomie et cholécystotomie idéale. *Cong. franc. de Chir.*, 1892, VI, p. 164-172.
- Lawson Tait.** La chirurgie du foie. *Edinburgh med. Journ.*, oct. et nov. 1889, p. 307 et 401.
- Lejars.** La cholécystostomie et la cholécystectomie. *Rev. de chir.*, 1896.
- Indications de la cholécystotomie. *Revue de chirurgie*, 1896.
- Meredith.** Cholécystendyse. Opérat. de 1883. *British med. J.*, 1885, I, p. 431.
- Morin.** *Hydropisie de la vésicule*. Thèse de Paris, 1894.
- Musser et Keen.** La cholécystotomie. *Revue de chirurgie*, 1885.
- Naunyn.** *Klinik der Cholélithiasis*, Leipzig, 1892.
- Pantaloni.** Deux cholécystites calculeuses. 1 cholécyst. idéale. 1 chol. temporaire, 2 guérisons. *Statist. d'opérat.*, Paris, 1898

- Pantalonì.** Cholécystotomie à sutures perdues intra-péritonéales. In *Chirurgie du foie*, Paris, Inst. de Bibl., 1899, p. 321.
- Pauchet (V.).** Cholécystotomie proprement dite ou idéale. In *Chir. des voies biliaires*, Paris, Baillière, 1900.
- Péan.** Des opérations applicables au traitement de la vésicule biliaire. *Gaz. des Hôp.*, 16 avril 1892.
- Pringle.** Cholécystendyse. *Lancet*, 1886, II, p. 1072.
- Ricard.** Cholécystotomie idéale suivie de cholédocotomie. *Soc. de Chir.*, mai et juin 1896.
- Richardson.** Chirurgie de la vésicule. *Boston med. Journ.*, 28 avril 1892.
- Rose (E.).** Die Grenzen des idealen gallen blasensteinschnittes. *Deutsche Zeitschr. f. chir.*, 1892, XXXIV, p. 55-64.
- Rose.** Cholécystendyse. Beiträge zur conservativen chirurgie. Die conservative chirurgie der gallenblase und das Londren der gallenwege. In *Frei. Vercinigung der chirurg. in Berlin*, 1890, 14 juillet p. 480.
- Roux.** Cholécyst. idéales. Cholécystectomie ptose et lithiase. *Rev. méd. de la Suisse Rom.*, 1890, X, p. 613-627.
- Sainton (Raymond).** Chirurgie de la vésicule. *Gaz. des Hôp.*, janvier 1891.
- Senger.** Nouvelle méthode opératoire pour les calculs biliaires. *Berl. klin. Woch.*, 13 janvier 1890, N° 2, p. 28.
- Sims Marion.** *Brit. med. Journal*, 8 juin 1878, p. 811.
- Sklifoso-Viky.** Case of idéal cholecystotomy. *Vratch*, 1890, N° 27, p. 593.
- Schwartz.** Lithiase vésiculaire. Coliques hépatiques très violentes et continues depuis 18 ans. Cholécystotomie idéale. Ablation d'un calcul volumineux. Guérison. *Bull. et mém. Soc. de Chir.*, Paris, 1898, XXIV, p. 1082-1083.
- *Chirurgie du Foie*, Paris. 1901.
- Slajmer.** Die idéale cholecystotomie zweizeitig. Angeführt. *Wiener klin. Woch.*, 1890, N° 21, p. 401.
- Terrier.** Calculs biliaires. Opération de la cholécystectomie partielle et de la cholécystotomie. *Gaz. hebdom.*, 21 décembre 1896.
- Terrier et Auvray.** Traumat. des voies biliaires. *Rev. de Chir.*, 1897.
- Thornton.** 2 cas de cholécystotomie, une idéale. *Brit. med. Journ.*, 1887, II, p. 1148.
- Cholécystotomie à sutures perdues intra-péritonéales. *Lancet*, 1891, 4 avril.
- Tuffier.** Lithiase de la vés. biliaire et cholécystotomie. *Gaz. hebdom. de Méd.*, 1896, p. 289.
- Ullmann.** Contribution à la chirurgie des voies biliaires. *Wiener med. Woch.*, 26 décembre 1897.
- Voigt.** Zur chir. der gallen blase 13 cholécystotomies idéales par Heussner. *Deutsche med. Wochenschrift*, 1890, XVI, N° 34, p. 776-778.
- Wuart.** *Anatomie du cholédoque*, Thèse de Paris, 1899.
- Winkelmann.** Die cholécystotomie nach czerny. *Deutsche Zeitschrift für chirurg.*, 1891, XXXI.
- Wolfier.** La cholécystotomie idéale exécutée en deux temps. *Berl. klin. Woch.*, 3 février 1890, N° 5, p. 100.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
AVANT-PROPOS	5
INTRODUCTION	7
HISTORIQUE	13

PREMIÈRE PARTIE

Valeurs et indications.

CHAPITRE I. — Discussion des arguments invoqués contre la cholécystendyse	27
— II. — Avantages de la cholécystotomie idéale sur la cholécystectomie et la cholécystostomie.	41
— III. — Indications de la cholécystotomie idéale	49

DEUXIÈME PARTIE

Manuel opératoire.

OBSERVATIONS	65
CONCLUSIONS	79
BIBLIOGRAPHIE	81

